نموذج ترخيص

أنا الطالبـة: فاتن عطاالله خليل النشاش أمنح الجامعة الأردنية و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني
من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليميـة والجامعـات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميـع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: فاتن عطاالله خليل النشاش

التوقيـــع: [توقيع]

التاريـــخ: ١١ / ١٢ / ٢٠١٢

واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية

إعداد

فاتن عطاالله خليل النشاش

المشرف الرئيسي

الدكتورة عبير بشير الدبابنه

المشرف المشارك

الدكتورة أمل سالم العواودة

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في

دراسات المرأة

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون الأول، ٢٠١٢

نوقشت هذه / الأطروحة (واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي) وأجيزت بتاريخ ٢٠١٢/١١/٢٩

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الأستاذة الدكتورة عبير بشير الدبابنه، مشرفاً رئيسياً دراسات النوع الاجتماعي	....
الأستاذة الدكتورة أمل سالم العواودة، مشرفاً مشاركاً أستاذة - علم الاجتماع/ مشكلات اجتماعية	....
الأستاذة الدكتورة أمل محمد علي الخاروف، عضواً أستاذة - علم اجتماع الاقتصادي	....
الأستاذ الدكتور محمد عبد المولى الدقس، عضواً أستاذ - علم اجتماع العمل	....
الأستاذ الدكتور حسين عمر الخزاعي، عضواً أستاذ مشارك - علم الاجتماع	....

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

(قل إعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

صدق الله العظيم

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين ..

(سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم)

إلى من أنار لي طريق العلم بفكره وعلمه وتوجيهه وإرشاده

(د. أمل العواودة & د. عبير الدباينة)

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار .. إلى من علمني العطاء بدون انتظار .. إلى من أحمل أسمه بكل افتخار .. أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثماراً قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى كلماتك نجوما أهتدي بها اليوم في الغد وإلى الأبد ..

(والدي العزيز)

إلى ملاكي في الحياة .. إلى معنى الحب إلى معنى الحنان والتفاني .. إلى بسمة الحياة وسر الوجود .. إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب

(أمي الحبيبة)

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي

(إخوتي)

الشكر والتقدير

لابد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة نعود إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهوداً كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد ... وقبل أن أمضي أتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة ... إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة ... إلى جميع أساتذتنا الأفاضل وأخص بالذكر كل من د.أمل العواودة ود.عبير الدباينة لما بذلوه من جهد عظيم خلال إشرافهم على رسالتي. وأ.د. غيداء "خزنة كاتبي"، وأ.د.أمل الخاروف.

وكذلك نشكر كل من ساعد على إتمام هذا البحث وقدم لنا العون ومد لنا يد المساعدة وزودنا بالمعلومات اللازمة لإتمام هذا البحث ونخص بالذكر:

- الأستاذ طارق اليازجين & الدكتور مظهر العطيات & السيدة سمر الصمادي
- جميع العاملين في "مركز علاج المدمنين" إدارة مكافحة المخدرات وأخص بالذكر الرائد مازن فايز مقابلة مدير مركز معالجة المدمنين & العريف مصعب الوريكات
- جميع العاملين في "المركز الوطني لتأهيل المدمنين" وأخص بالذكر الدكتور جمال العناني & السيد جمال الغليظ

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية

إعداد

فاتن عطاالله خليل النشاش

المشرف الرئيسي

الدكتورة عبير الدبابنة

المشرف المشارك

الدكتورة أمل العواودة

المخلص

استهدفت الدراسة التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم، والأسباب التي أ دت إلى تعاطي المخدرات، والآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي، والتعرف إلى الفروق ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى (α=0.05) في الدرجات الكلية للاسباب، والآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية وا لنفسية لتعاطي المخدرات التي تعزى لمتغير النوع الاجتماعي للمتعاطين.

تم استخدام منهج المسح الاجتماعي بالعينة خلال الفترة الزمنية الممتدة من شهر آذار إلى شهر آب لعام 2012، فبلغ الحجم الكلي للعينة (153) متعاطيا ومتعاطية، منهم (101) متعاط و (52) متعاطية. وقد تم جمع البيانات باستخدام استبانة واستمارة وتحليل مضمون السجلات، كما واستخدم برنامج التحليل الإحصائي SPSS لتحليل البيانات الوصفية واستخدام اختبار (ت) حسب المتغير(الجنس).

كشفت الدراسة أن الشباب من الفئة العمرية (25-29) الذكور والإناث هم الأكثر إقبالا على تعاطي المخدرات، وأن كان معظمهم من المستوى التعليمي الثانوية، وأن معظم المتعاطين من العزاب أما المتعاطيات فمن المتزوجات والمطلقات، وأن أغلبهم يقطنون في المدينة، ويعملون أعمالاً حره، حيث يبلغ الدخل الشهري للذين يعملون (300-499) ديناراً.

كما أظهرت النتائج تدني المستوى التعليمي لكل من آباء وأمهات المتعاطين والمتعاطيات وهم يعملون أعمالاً خاصة (حرة)، أما الأمهات فهن ربات بيوت. كما تبين ارتفاع الدخل الشهري لأسر المتعاطين فبلغ (1000 ديناراً فأكثر) أما أسر المتعاطيات فقد بلغ (300-499 ديناراً).

أظهرت النتائج أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات عند المتعاطين هي حب الاستطلاع والتجربة، والاحساس بالفرح والسرور، أما المتعاطيات فكانت الهروب من المشكلات والإحساس بالفرح والسرور والإحساس بالقهر الاجتماعي، وحب الاستطلاع والتجربة.

وتوصلت النتائج إلى أن أهم الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات على المتعاطين هي ترك الفروض والواجبات الدينية، والشعور بالانطواء والعزلة عن الآخرين، وإهمال الواجبات والمسؤوليات، أما المتعاطيات فأدى تعاطي المخدرات إلى الشعور بالحساسية الزائدة، والشعور بالانطواء والعزلة عن الآخرين، وإحساسها بأنها تشكل وصمة عار على أسرتها والمجتمع . أما أهم الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات فكان فقدان الكثير من المال على شراء المخدرات. وأهم الآثار الصحية على المتعاطين هو الصداع المزمن المصحوب باحمرار العينين، وعلى المتعاطيات فقدان الشهية واضطرابات في الجهاز الهضمي، و اختلالا في التوازن وقلة النشاط والحيوية. أما الآثار النفسية فكان أهمها على المتعاطين الشعور بالاكتئاب والشعور بعدم الاستقرار، أما المتعاطيات فكان الشعور بالاكتئاب وبعدم الاستقرار، والقلق والخوف والتوتر المستمر، الشعور بالتبلد وجمود الإنفعال وعدم الاستجابة والإستثارة، والإنقباض والعصبية وحدة المزاج ، واختلال في التفكير العام وعدم التركيز وصعوبة وبطء به واختلال التوازن.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات والآثار الاجتماعية والنفسية تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، فدرجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات والآثار الاجتماعية والنفسية جاءت أعلى لدى الإناث من الذكور.

إضافة إلى أنها توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تأثير الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماعي.

أوصت الدراسة بتفعيل دور الأجهزة المعنية بالعلاج من تعاطي المخدرات وإعادة التأهيل باتباع مناهج علمية متطورة ذات تقنية حديثة.

الفصل الأول

الإطار النظري للدراسة

1-1 المقدمة:

تعد ظاهرة انتشار المخدرات من الظواهر الأكثر تعقيداً وخطورة على الإنسان والمجتمع، وتعتبر هذه الظاهرة إحدى مشكلات العصر الحالي، ومما لاشك فيه أن ظاهرة تعاطي المخدرات بدأت تحتل مكاناً بارزاً في الرأي العام المحلي والعالمي، وتكمن خطورة هذه الظاهرة في كونها تصيب الطاقة البشرية الموجودة في أي مجتمع بصورة مباشرة وغير مباشرة، وبصفة خاصة الشباب من الجنسين، وهي بذلك تصيب جزءاً غالباً من تلك الطاقة البشرية الموجودة في أي مجتمع مهما اختلفت درجة تحضره، وهي بهذا تصيب حاضر هذه المجتمعات ومستقبلها، وتؤثر على موارد الثروة الطبيعية والبشرية مما يعرقل أية جهود خاصة بالتنمية الشاملة في المجتمع

يقدر عدد الأ شخاص البالغين الذين تناولوا مخدراً غير مشروع مرة واحدة على الأقل في عام 2010 بنحو 230 مليون شخص، أي ما نسبته 5% من مجموع عدد السكان البالغين في العالم . ويبلغ عدد متعاطي المخدرات الذين يعانون من مشكلة الإدمان 27 مليون شخص، أي ما نسبته 6% من عدد سكان العالم البالغين. وفي جميع أنحاء العالم يبدو أن تعاطي المخدرات غير المشروعة مستقر عموماً، وإن كان يستمر في التصاعد في عدة بلدان نامية، حيث يقتل الهيروين والكوكايين وبعض أنواع المخدرات الأخرى زهاء 0.2 مليون شخص في كل سنة، فيشتت شمل الأسر، ويجلب البؤس على آلاف من ا لأشخاص الآخرين، يضاف إلى ذلك أن المخدرات غير المشروعة تقوض أركان التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتسهم في ارتكاب الجرائم وزعزعة الاستقرار واضطراب الأمن وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2012)

يشمل تعاطي المخد رات الذكور والإناث، وبقدر ما تمثله تلك الحالات من مآسي كثيرة، إلا أن تعاطي الفتيات قضية تؤرق النفوس، ومشكلة واقعية موجودة في المجتمع، لا يحسن تجاهلها أو الإعراض عنها، ومتى ما تقبل المجتمع فكرة تعاطي الفتاة أمكن معالجتها حتى لا تقع رهينة

المخدرات، ولا يفيد مجتمعنا أن ننفي وجود فتيات متعاطيات للمخدرات، وإن كانت بنسب قليلة لا تمثل ظاهرة، إلا أنه من الضروري التأكيد على تزايد معدلات إقبال الفتيات على تعاطي المخدرات.

ظاهرة تعاطي الفتيات، تظهر في المقام الأول حجم المشاكل الاجتماعية التي نعيشها، واختلال الدور المناط بالأسرة، ومن ذلك: الضغوط النفسية، وممارسة العنف ضد المرأة، والفراغ العاطفي لديها، إضافة إلى التفكك الأسري، وانصراف اهتمام الأبوين إلى أهداف أخرى غير تربية الأولاد . وهي أسباب لها آثارها السلبية على سلوكيات الفتاة، وهذا يجعلها في نهاية المطاف تلجأ إلى التعاطي والإدمان؛ من أجل الهروب من الواقع الذي تعيش فيه.

2-1 مشكلة الدراسة:

تزايدت ظاهرة إنتشار التعاطي والترويج للمخدرات في المملكة الأردنية في الآونة الأخيرة بحكم موقعها الجغرافي كحلقة وصل بين البلدان المنتجة والمستهلكة، كما يشهد الأردن مستوى ح ساسية سياسية عالٍ بالنظر إلى موقعه وسط منطقة نزاعات لها آثارها الاقتصادية والسكانية والاجتماعية والسياسية، فتدفق اللاجئين الذين جاءوا من الدول العربية المجاورة ما ساعد على تضخم حجم المشكلة.

تشير إحصائية إدارة مكافحة المخدرات للأشخاص المقبوض عليهم بقضايا المخدرات حسب الجنس لعام 2011 أن (5126) شخصا مقبوضا عليهم بقضايا ما بين التعاطي والاتجار، منهم (98%) ذكور و(2%) إناث، مقارنة بعام 2010 إذ بلغ عدد الاشخاص المقبوض عليهم (6169)، ومنهم (99%) ذكور و(1%) إناث.

أما المتعاطون والمتعاطيات الذين خضعوا للعلاج فقد أكد تقرير وزارة الصحة الأردنية لعام 2011 على وجود (501) شخص خضعوا للعلاج في المركز الوطني لتأهيل وعلاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية من بينهم (96%) ذكور و(4%) إناث، وفي عام 2011 خضع (473) شخصا للعلاج من بينهم (96%) ذكور و(4%) إناث. كما تؤكد إحصائية مر كز علاج وتوقيف المدمنين التابع لمديرية الأمن العام إدارة مكافحة المخدرات لغاية 2011/9 على وجود (313) متعاطيا منهم من تم علاجه ومنهم من لا زال خاضعا للعلاج.

بناء على ما تقدم تكمن مشكلة الدراسة بالتعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والم تعاطيات وأسرهم، وإلقاء الضوء على أسباب تعاطي المواد المخدرة من منظور النوع الاجتماعي، وآثار التعاطي من منظور النوع الاجتماعي، و التعرف إلى الدلالة الإحصائية للأسباب والآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات والتي تعزى لمتغير الجنس.

3-1 أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من كونها تتناول مشكلة إجتماعية هامة ألا وهي مشكلة تعاطي المخدرات، وهي من المشكلات المعاصرة التي تعاني منها المجتمعات على اختلاف مستوياتها المتقدمة والنامية على حد سواء، وتهدد أمنها وسلامتها واستقرارها، وتعتبر هذه المشك لة من المشكلات التي تؤثر على بناء المجتمع وأفراده بما يترتب عليها من آثار اجتما عية واقتصادية ونفسية وصحية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد، والأخرى بالأسرة والثالثة بالبناء الاجتماعي ككل.

أكدت الدراسات الميدانية المتعددة التي أجريت من قبل ا لمتخصصين والباحثين والهيئات الدولية والمحلية خطورة مشكلة تعاطي المخدرات ، فأظهرت تلك الدراسات زيادة سنوية كبيرة تطرأ على عدد الذين يتعاطون المخدرات بمختلف أنواعها وبمختلف نوعياتهم، وهنا لابد من إشارة واضحة إلى أن هذه المشكلة يعاني منها كافة فئات المجتمع من كلا الجنسين؛ لذلك جاءت أهمية هذه الدراسة الشاملة لإلقاء الضوء على الخصائص والأسباب والعوامل التي يحدثها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي، مما يساعد الجهات المختصة كالمؤسسات التعليمية والمؤسسات الإصلاحية والعلاجية على تعديل ووضع برامج للحد من انتشار تعاطي المخدرات في المجتمع.

وأخيرا، فإن أهمية الدراسة تنبع من كونها تقوم على تكوين رأي عام مستنير مواكب للمنظور العلمي الحديث حول موضوع تعاطي المخدرات بالوقوف على أسباب تعاطي المخدرات، والآثار الناتجة عنه، والتعريف بأهم خصائص المتعاطين والمتعاطيات لمواجهة ه ذه المشكلة والحد من انتشارها.

4-1 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم حسب متغير الجنس.
2. التعرف إلى أسباب تعاطي المخدرات حسب متغير الجنس.
3. التعرف إلى الآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات حسب متغير الجنس.
4. التعرف إلى الفروق ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) في الدرجات الكلية للاسباب، والآثار الاجتماعية، والاقتصادية، والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات التي تعزى لمتغير الجنس.

5-1 أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1. ما الخصائص الاجتماعية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم من منظور النوع الاجتماعي؟
2. ما الخصائص الاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم حسب الجنس؟
3. ما الأسباب التي أدت لتعاطي المخدرات حسب الجنس؟
4. ما الآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات حسب الجنس؟

5. هل توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى (α=0.05) في الدرجات الكلية للاسباب، والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير الجنس؟

6-1 الدراسات ذات الصلة

لقد أجريت العديد من الدراسات العربية والأجنبية لبحث مشكلة تعاطي المخدرات، والمتغيرات المرتبطة بها، واختلفت التوجهات النظرية والميدانية لتلك الدراسات باختلاف الأهداف المرجوة من كل دراسة، وكذلك الإجراءات المنهجية، وقد تم تقسيم الدراسات السابقة إلى : دراسات عربية وأخرى أجنبية على النحو التالي:

أولا: الدراسات العربية

في دراسة أجراها مركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات بالتعاون مع وكالة الأنباء الأردنية (بترا) (2009) بعنوان **" ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن "**، هدفت الدراسة التعرف إلى سن التعاطي لأول مرة والمستوى التعليمي للمتعاطين، وأسباب تعاطي المخدرات، وأسباب اللجوء للعلاج من التعاطي . أجريت هذه الدراسة على مجموعة من المتعاطين مكونه من (152) متعاطيا.

توصلت الدراسة إلى أن 140 من العينة بما نسبته 92.1% بدأت بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية داخل المملكة في الفئة العمرية بين 14- 30 سنة. وكان 63 متعاطياً بما نسبته 41.4% قد بدأوا التعاطي ما بين عمر 14- 20 عاماً، وبدأ 77 متعاطيا بما نسبته 50.6% بالتعاطي ما بين عمر 20-30 سنة، وكان عدد الذين بد أوا بالتعاطي ما بين عمر 30- 46 سنة، 12 متعاطياً بما نسبته 7.8%. وتوزعت العينة بالنسبة للمستوى التعليمي ما بين الأمية وحتى الدراسات العليا إذ بلغ عدد حملة الشهادة الثانوية 60 مدمناً بما نسبته 39.5%، مقابل 56 منهم دون الثانوية بما نسبته 36.8% ، وعدد حملة الشهادة الجامعية 20 بما نسبته13.2%، فيما كان 12 مدمناً من الأميين بما نسبته 7.9%.

أما أسباب تعاطي المخدرات فقد رجعت بالدرجة الأولى إلى رفيق السوء، حيث وصلت نسبة المتعاطين للمادة المخدرة بسبب صديق إلى 81.6%، وحب التجربة والفضول، حيث وصلت نسبة المتعاطين بسببه إلى 61.2%، والجهل بطبيعة المادة المخدرة، فوصلت نسبة المتعاطين بسببه إلى 60.5%، أما الفراغ والوفرة المادية، فنسبة المتعاطين بسببه 38.2%، والإهمال والتفكك الأسري، حيث وصلت نسبة المتعاطين بسببه إلى 19.1%.

وعن أسباب اللُّجوء للعلاج من التعاطي، فكانت للأسباب التالية: تدهور الوضع الصحي بنسبة وصلت إلى 62.5%، والخوف من التفكك الأسري بنسبة 52%، والوازع الديني فنسبة المتعالجين بسببه 47.4%، ورغبة الأسرة وتفهمها لمشكلة الإدمان، حيث وصلت نسبة المتعالجين بسببها إلى 46.7%، والخوف من العقوبة القانونية، فوصل عدد المتعالجين بسببه إلى 42.1%.

وفي دراسة أجرتها الحربي (2008) بعنوان **" العوامل الاجتماعية المؤثرة بتعاطي المرأة للمخدارات، دراسة استطلاعية لآراء العاملين والعاملات بمجتمع الأمل للصحة النفسية بالرياض"،** هدفت هذه الدراسة التعرف إلى العوامل الاجتماعية المؤثرة بتعاطي ال مرأة من وجهة نظر العاملين والعاملات بمجتمع الأمل للصحة النفسية بالرياض والبالغ عددهم 75 عاملا وعاملة واعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي.

كشفت الدراسة أن فئة المراهقات "مابين عمر 15 عاما إلى 18 عاماً "هي الفئة العمرية الأكثر تعاطيا للمخدرات، وأنه كلما تدنى المستوى التعليمي للمرأة زاد ذلك من فرصة تعاطيها للمخدرات، فمعظم المتعاطيات ممن كان تعليمهن حتى المرحلة الثانوية، وذلك بنسبة 41.25٪، يليهن من كن في المرحلة المتوسطة بنسبة 25.75٪ ، كما اتضح أن معظمهن من العازبات بنسبة 55.25٪ ثم المتزوجات بنسبة31٪، تليهن فئة المطلقات بنسبة 12٪، ثم فئة المعلقات بنسبة1.7٪.

وتوصلت الدراسة إلى أن المتعاطيات للمواد المخدرة ينحدرن من أسر يقل بها التعليم بالنسبة لآبائهم وأمهاتهم، وأن الأمهات أكثر جهلاً من الآباء وقد جاء ذلك بنسبة 72.25٪ للآباء ونسبة 75.25٪ للأمهات، كما أن الم شاكل الأسرية والتفكك الأسري وكثرة الخلافات بين أفراد الأسرة يعد من أهم

الأسباب والعوامل الاجتماعية التي تدفع المرأة نحو التعاطي بنسبة (93٪) من مجتمع الدراسة كطريق للهروب من الواقع.

وكشفت الدراسة أن هناك علاقة بين التنشئة الاجتماعية غير السليمة وبين الانحراف ومنه تعاطي المرأة للمخدرات، فضعف العلاقة بين الابنة ووالديها ،وكثرة المشكلات الأسرية يؤدي بها للتعاطي بنسبة 86.25٪، إلى جانب عدم إحساس الابنة بالحب والاهتمام من قبل والديها يؤدي إلى تعاطيها بنسبة 81٪، وتفضيل والد الابنة أحد إخوانها أو أخواتها عليها قد يقودها إلى التعاطي بنسبة 70.75٪، وفقدان الوالدين أو أحدهما يقود الابنة إلى التعاطي بنسبته 74٪، كما أن طلاق الوالدين يؤدي إلي التعاطي بنسبته 75.75٪، موضحة أن ضعف العلاقة بين المرأة المتزوجة وزوجها يؤدي إلى وقوعها في المخدرات بنسبة 75.75٪.

وأشارت الدراسة إلى أن المرأة التي تعيش في المناطق والأحياء الشعبية تزداد فرصة تعاطيها للمخدرات بنسبة 81٪، كما تتدنى فرصة تعاطي المخدرات للمرأة التي تعيش في المناطق الراقية والمرتفعة في مستواها المعيشي وكان ذلك بنسبة 70.75٪ مقارنة بالمرأة التي تعيش في مناطق متدنية أو مناطق متوسطة المعيشة، أما المرأة التي في المنازل الفارهة والقصور فكانت نسبة تعاطيها للمخدرات 74.25٪، وهذا يوضح أن المرأة التي تعيش في الترف الزائد تتقارب فرصة تعاطيها للمخدرات مع فرصة تعاطي المرأة التي تعيش في مناطق وأحياء شعبية.

وأوضحت الدراسة أنه كلما زاد دخل والدي الفتاة زادت فرصة تعاطيها بنسبة 69٪، وزادت فرصة شرائها للمخدرات بمصروفها الكبير، وكذلك بالنسبة للمرأة المتزوجة فإن المستوى الاقتصادي لزوجها قد يلعب دوراً تجاه تعاطيها، إذ أن نسبة 72.50٪ بينت أن الزوج ذا المستوى الاقتصادي العالي تتعاطى زوجته، بينما أفادت 48.25٪ بقلة التعاطي لدي السيدات اللاتي أزواجهن ذوو مستوى اقتصادي عال.

وأكدت الدراسة على أن الصداقات تلعب دوراً كبيراً في تعاطي المرأة للمخدرات بنسبة 85.25٪ من مجتمع الدراسة، كما أن تأثير بعض وسائل الإعلام مثل الفيديو، والتلفاز، والقنوات الفضائية، والإنترنت قد تحرض المرأة نحو الانزلاق تجاه التعاطي بنسبة 75.75٪، والمرأة التي لا تجد من تستطيع أن تلجأ إليه لمشاركتها في ما قد يعترضها من مشكلات قد تندفع إلى الهروب من مواجهة المشكلة بالتعاطي بنسبة 82.75٪، إضافة إلى أن الرغبة في التقليد ومسايرة الآخرين وتزيين

طريق إدمان المخدرات، وذلك بنسبة 77.75٪ ، ثم يأتي البحث عن الشعور بالسعادة أو النشوة من الأسباب الاجتماعية التي قد تدفع المرأة تجاه التعاطي بنسبة 74.25٪.

وأوصت الدراسة بضرورة تعاضد المجتمع بأسره لتبني آلية لمواجهة هذه الظاهرة المجتمعية الخطيرة.

وفي دراسة أعدها صندوق مكافحة علاج الإدمان والتعاطي في مصر (2008) بعنوان **"التفاعلات الأسرية وتعاطي المخدرات لدى الإناث "**، هدفت هذه الدراسة التعرف إلى سن بدء تعاطي المخدرات والتدخين عند الفتيات، والتعرف إلى الأمراض الجسدية والنفسية التي يسببها الأدمان عند الحالات المترددة على الخط الساخن التابع للصندوق.

أكدت الدراسة على تدني سن بدء التعاطي بين الفتيات المتعاطيات إلى 11 عاماً، بينما وصلت سن بدء التدخين بينهن إلي 9 أعوام، وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات بين الفتيات واستغلالهن في أعمال الدعارة والاتجار في المخدرات . وأوضحت الدراسة أن هناك تراجعاً كبيراً لدور الأسرة في حماية أبنائها من المخدرات ووجود علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات وضعف الحوار والتواصل والعنف داخل الأسرة.

أما الأمراض الناتجة عن التعاطي للحالات المترددة على الخط الساخن كانت إصابة أكثر من 30% بفيروس سي المسبب لمرض الالتهاب الكبدي الوبائي، تليه الإصابة بالأمراض الصدرية والإنهاك والصداع بنسبة 10%، تليها متاعب الجهاز الهضمي بنسبة تقترب من 7%، ثم الإصابة بفيروس بي ومشاكل بالقلب والدورة الدموية من المتعاطين بنسبة 6% ونسبة الضعف الجنسي تقترب من 5%، كما احتلت الإصابة بالإيدز نسبة 1%. ويأتي القلق والتوتر على رأس الأمراض النفسية الناتجة عن الإدمان بنسبة تصل إلى 65% يليهما الاكتئاب 45% والإحساس بالذنب 22%، كما أكدت الدراسة أن دور الوالدين يقتصر على الوجود الجسدي والمالي مع غياب تام لدورهما التربوي والنفسي، وأن أكثر من نصف المدمنين يعيشون مع والديهم في نفس المنزل.

وفي دراسة أجرتها وزارة التنمية الاجتماعية (2008) بعنوان **"المخدرات وعلاقتها بالفقر والبطالة في الأردن كما يظهر من مصادرها المرجعية و بعض خصائص أصحاب قضاياها الذين تعاملت معهم وزارة التنمية الاجتماعية"**، هدفت إلى معرفة مدى تأثر المخدرات بالفقر والبطالة، كما يظهر من مصادرها المرجعية، المتمثلة في الدراسات الميدانية التي أجريت حولها، وبعض خصائص أصحاب قضاياها، الذين تعاملت معهم وزارة التنمية الاجتماعية.

خلصت الدراسة إلى أن مستوى دخل المتعاطين يدل على أن أسرهم ليست فقيرة، بدلالة متوسط دخولها الشهرية، البالغ 509 دنانير(700 دولار أميركي)، ما يعني تجاوز خط الفقر المعتمد أردنياً و هو 400 دينار (600 دولار). وحذرت الدراسة من أن البطالة تتسبب في حدوث المزيد من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية في الأردن. فعلى الصعيد الاجتماعي، وصل عدد المشكلات إلى 40 مشكلة أبرزها الجريمة، والتفكك الأسري، وتسرب الأطفال من المدارس، والانتحار، والإدمان على الكحول وتعاطي المخدرات، والتسول، وعمالة الأطفال، والإصابة بالأمراض العضوية وغير العضوية، والعنف ضد المرأة، والفقر، وانحراف الأحداث، وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي. أما على الصعيد الاقتصادي، فقد أوجدت البطالة في الأردن جملة من المشكلات أهمها انخفاض الناتج المحلي الإجمالي، وانخفاض الإيرادات الحكومية، وانخفاض معدلات الادخار، وانخفاض معدلات الأجور، وارتفاع معدلات الإعالة.

تبين من نتائجها استقلال عاملي الفقر والبطالة عن بعضهما، ومعنى ذلك أن الفقراء يعملون، لكن دخولهم لاتكفي(لديهم مشكلة فقر دخل)، وأن العاطلين عن العمل ليسوا فقراء ك ونهم يعيشون في أسر ميسورة الحال ؛ أي ان المخدرات ترتبط بالبطالة ولا ترتبط بالفقر من ناحية السبب، و ترتبط بالفقر والبطالة من ناحية النتيجة.

وفي دراسة أجراها العاني والعطار (2005) في العراق بعنوان **"الأسباب التي تدفع الشباب الجامعي إلى تعاطي المخدرات وسبل تحصينهم منه "**، جاءت الدراسة بهدف التعرف إلى الأسباب التي تدفع الشباب الجامعي إلى تعاطي المخدرات والتعرف على سبل تحصين الشباب الجامعي ضد هذه الآفة. تحدد البحث بطلاب جامعتي بغداد والمستنصرية ومن المتعاطين للمخدرات

والذين تتراوح أعمارهم بين (19-24) سنة للعام الدراسي 2005- 2006، وقد كان حجم العينة 65 طالباً تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية من 4 كليات وبواقع كليتين من كل جامعة.

توصلت الدراسة إلى أن ضعف الوازع الديني مع تجاهل القيم والمبادئ الدينية، كذلك ازدياد دخل الطالب الجامعي كلها أسباب لتناول المخدرات، بالاضافة إلى مجاراة الأصدقاء، وذكرت الدراسة أن الرغبة بالتخلص من الوحدة، إضافة إلى الفشل في الدراسة، وعدم وض وح أهداف الطالب المستقبلية، وإهمال الأسرة، وتسلط الأبوين، بالاضافة إلى المشاكل الأسرية والمشاجرات، وعدم الانسجام وافتقار الحب والمودة داخل الأسرة وما ينتج عن تقليد الطالب الجامعي من تعاطي المخدرلأحد أفراد عائلته. أما عن سبل تحصين الشباب الجامعي ضد هذه الآفـة فكان بغرس القيم الروحية والأخلاقية في نفوس الشباب الجامعي وتشجيعهم على الألتزام بتعاليمه، ورفع مستوى وعي الشباب الجامعي وزيادة ثقافتهم ضد هذه الآفة، والتأكيد على دور الأسرة في متابعة أبنائها باستمرار، والاستفادة من أوقات الفراغ من خلال ملء أوقاتهم بما يف يدهم وينفعهم (بني عطا وآخرون، 2008، 128).

وفي دراسة عزوز (2005) بعنوان **"التنشئة الاجتماعية الأسرية والإدمان على المخدرات: دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون البليدة الجزائر"**، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على بعض الخصائص البنائية والوظيفية لأسر مدمني المخدرات، من خلال دراسة المتغيرات التالية: التفكك الأسري، أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية، طبيعة العلاقات الأسرية، النموذج الوالدي، والظروف الاقتصادية للأسرة . وإجريت هذه الدراسة باستخدام طريقة المسح الشامل وجمعت البيانات بت طبيق أداة الاستبيان على المدمنين الخاضعين للعلاج البالغ عددهم (120) حالة كلهم ذكور.

كشفت الدراسة أن من سمات أسر المدمنين التفكك الأسري (فقدان أحد الو الدين، الطلاق، الهجر والأنفصال) وكانت الفروق دالة إحصائية بين عمر المدمنين عند وفاة أحد الوالدين أو طلاقهما وبين عمرهم عند بداية التعاطي، مما يعني أن هناك علاقة بين التفكك وبين العمر عند بداية التعاطي، أما فيما يتعلق بأساليب التنشئة الاجتماعية، فتبين أن الآباء كانوا أكثر ميلاً إلى استخدام أسلوب الحماية الزائدة، وهذان الأسلوبان مرتبطان بتدني المستوى التعليمي للوالدين، وكانت الفروق بين المدمنين

بخصوص علاقة المستوى التعليمي للوالدين بأساليب التنشئة دالة فقط مع أسلوب القسوة والديمقراطية بالنسبة للأب ومع أسلوب الديمقراطية بالنسبة للأم، أما فيما يتعلق بعلاقة حجم الأسرة، والترتيب الميلادي للأبناء مع أساليب التنشئة، سو اء للآباء أو الأمهات، وتبين أن الفروق بين عمر المدمنين عند بداية التعاطي مع أساليب التنشئة الاجتماعية، دالة مع أسلوب الإهمال وبالنسبة للأم فقط، كما كانت الفروق دالة بين عمر المدمنين عند بداية التعاطي مع متغير الإشراف والمراقبة الوالدية للأبناء، ومن سمات أس رهم أيضا العلاقات الأسرية السيئة بين الوالدين، وبين المدمنين والآباء وكثرة المشاجرات بين الوالدين وحدوثها علنا أمام الأبناء . وبالنسبة للحالة الاقتصادية للأسرة فكان دخلها متدنياً مقارنة بحجمها الكبير، كما توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين استخدام الوالدين لأسلوبي القسوة (بالنسبة للأب) والحماية الزائدة (بالنسبة للأم)، وضعف الرقابة والتوجية الوالدي، والعلاقات الأسرية السيئة وبين التبكير في التعاطي.

وفي دراسة أجراها عمران (2005) بعنوان **" تعاطي المخدرات في القدس ومقترحات للحد من انتشارها "**، هدفت الدراسة إلى تشخيص واقع تعاطي المخدرات في القدس في الفترة الواقعة بين شهري آب وكانون الأول 2004م، ودرجة انتشارها وواقع مدمنيها من حيث مدى تأثرهم سلباً بالمخدرات، وواقع نظرة الآخرين لهم، وواقع نظرتهم للعلاج من أجل التخلص من المخدرات، ومدى فاعلية هذا العلاج وما الجهات ا لتي توجهوا إليها، وواقع المنظومة القيمية التي تبرر إدمانهم . وقد اعتمدت الدراسة متغيرات مستقلة عديدة هي (العمر، والجنس، والمكانة الاجتماعية، والدخل الشهري، ومكان السكن، وتعليم الأب والأم، ثمّ الديانة)، كما اعتمدت تعاطي المخدرات محكا لهذه المتغيرات المستقلة . وقام الباحث بتصميم استبانة لقياس واقع تعاطي المخدرات وتشخيصه من قبل المدمنين، تعكس المتغيرات المذكورة على عينة مقصودة مكونة من 230 مدمناً من منطقة القدس.

توصل الباحث إلى أن غالبية المدمنين هم من الشباب الذين لا تتجاوز أعمارهم ثلاثة وثلاثين عاماً، غالبيتهم العظمى من الذكور غير المتزوجين، ويسكنون المدن، ومعظمهم من ذوي الترتيب الوسط في العائلة. وقد أثرت المخدرات على حياة هؤلاء المدمنين سلبا بدرجة عالية جداً وأن 98% منهم قد شعروا بالتوتر والقلق ونفس النسبة من المدمنين قد فقدوا احترامهم من المجتمع، وارتفاع نسب ة

المدمنين الذين يعدون الإدمان قد أوقعهم في مشاكل مالية وضعف عام في الصحة وأفقدهم الاهتمام بالأشياء وبوجود صعوبة في تفكيرهم بشكل جيد . وقدمت الدراسة وصفا لآليات الحد من انتشار المخدرات، كما أشارت إلى بعض التوصيات التي تساعد على الحد من هذه الظاهرة الخطيرة.

وفي دراسة أعدها المالكي (2005) بعنوان **"الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات: دراسة ميدانية"**، هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات والتعرف على ما إذا كان لتلك الخصائص علاقة بنوع المخدر وعلاقته بعدد مرات العود للإدمان، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الذي يعتمد على العينة بالمسح الشامل، وتم تطبيق الدراسة في مستشفيات الأمل في كل من الرياض وجدة والدمام.

توصلت الدراسة إلى أن أهم العوامل والخصائص الاجتماعية التي تدفع إلى تعاطي المخدرات هي قلة مستوى الضبط الاجتماعي الأسري، وكذلك تأثر الفرد بسلوك أصدقائه الذين يشيع لديهم استخدام المخدرات وتهريبهم لها . وهو ايضاً نفس السبب في معاودة تعاطيهم لها . كما توصلت الدراسة إلى أن أكثر العوامل الاقتصادية التي تدفع لتعاطي المخدرات هو وجود دخل مالي كبير.

وفي دراسة أجراها البغدادي وآخرون (2002) بعنوان **"ثقافة المخدرات لدى الشباب المصري: دراسة ميدانية على عينة من شباب الأندية الرياضية ومراكز الشباب "**، هدفت الدراسة إلى رصد العلاقة بين خصوصية المكان وثقافته وانتشار المخ درات وتداولها مع الكشف عن أهم العوامل الداخلية والخارجية لمجتمعي الدراسة ودورهما فى الإقبال على المخدرات والتعرف على رؤى الشباب للأساليب المتبعة للحد من انتشار الظاهرة. العينة هى (2700) مفردة تمثل (15) ناد رياضى و(12) مركز شباب موزعة على محافظتي القاهرة والجيزة بواقع 100 مفردة لكل ناد أو مركز شباب فى المدى العمري من 15 – 35 سنة.

توصلت الدراسة إلى تزايد تداول المخدرات بين الشباب فى مصر، وتعدد مصادر ترويج المخدرات مع تداخلها، ووجود العديد من المؤشرات الدالة على التكلفة الاجتماعية المباشرة وغير المباشرة

التي تضطر الدولة لإنفاقها على المخدرات . ويتوقف نجاح مكافحة المخدرات على عدة شروط أهمها: العمل على اتصال الفكر المتداول والمقولات المستخدمة داخل المؤسسات بالواقع المعاصر بتحولاته المتسارعة، والاستفادة من ثورة المعلومات والاتصالات في التعرف على جهود الدول الأخرى فى مكافحة الظاهرة، وتفعيل دور الإرشاد والتوجيه ودور الأسرة والمؤسسات الدينية، والبحث عن آليات التنسيق بين المؤسسات المعنية بالظاهرة.

وفي دراسة أجراها عبد المعتمد (2002) بعنوان **"الأبعاد الاجتماعية الاقتصادية لإدمان المخدرات: بحث ميداني على عينة من طلاب و طالبات جامعتي الأزهر وعين شمس "**، هدفت الدراسة إلى التعرف على الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية التى تؤدي إلى إدمان بعض طلاب الجامعات للمخدرات، والتعرف على النتائج المترتبة على إدمان بعض طلاب الجامعة للمخدرات . وقامت الباحثة باختبار عينة عشوائية غير منتظمة قوامها (130) طالبا وطالبة من جامعتي الأزهر وعين شمس ، بالإضافة إلى اختيار عينة عشوائية من أساتذة الجامعة فى جامعتي الأزهر وعين شمس بواقع (40) أستاذا من تخصصات متباينة (للتعرف على أسباب ا لظاهرة والنتائج المترتبة عليها)، كما لجأت الباحثة إلى الأسلوب الكيفي لدراسة عشر حالات من الطلاب الذين يتلقون العلاج من الإدمان، كما أجرت استطلاع رأي للأخصائي الاجتماعي والنفسي، بالإضافة إلى بعض أعداد جريدة الأهرام التي نشرت بعض الجرائم التى اقترفت بسبب الإدمان . واستخدمت البلحثة استمارة المقابلة مع الطلاب، وكذلك مع الأساتذة ودليل المقابلة مع الحالات التى تتلقى العلاج من الإدمان ، وتحليل المضمون لجريدة الأهرام.

يتضح من الدراسة أن أسباب التعاطي تكمن فى التفكك الأسرى الناجم عن كثرة النزاعات بين الأب والأم حيث تفقد ا لرقابة الأسرية على سلوك الأبناء ، كما أوضحت الدراسة وجود دور هام يلعبه رفقاء السوء فى الدفع إلى التعاطي . كما اتضح أن أغلب المتعاطين من أسر ذات دخل عال أو متوسط فالمصروف المرتفع يسهل شراء المخدرات فى البداية، وفيما بعد قد ترتكب بعض الجرائم للحصول على المال وذلك ما أوضحته الدراسة التحليلية للجرائم المنشورة بالأهرام ومنها السرق ة بالإكراه وسرقة الشقق والتزوير وقد يصل الأمر إلى حد القتل أو الاغتصاب. أما أساتذة الجامعة فقد حددوا بعض النقاط للوقوف على مواجهة المشكلة ومنها إبراز دور الأسرة والإعلام والاهت مام

بالتنشئة الدينية والأخلاقية، ودور الجامعة فى بث حملات التوعية وعقد الندوات التى تبرز خطورة الإدمان.

وفي دراسة أجراها صايغ (2001) بعنوان **"ظاهرة تعاطي المخدرات في القدس"**، هدفت الدراسة إلى التعرف على حجم ظاهرة أانتشار المخدرات بالقدس وعلى الجوانب الاجتماعية، والنفسية والأقتصادية والثقافية والسياسية، والتعرف على سياسات وخدمات المؤسسات العامة والخاصة التي تعمل مع ظاهرة تعاطي المخدرات بالقدس . واعتمدت الدراسة أسلوب الاستمارة كأداة لجمع البيانات، وقد تم أختيار عينة عشوائية من 250 متعاطيا للمخدرات في جميع أنحاء القدس "ذكور"، و5 مؤسسات خاصة و3 مؤسسات رسمية.

توصلت الدراسة إلى استفحال ظاهرة تعاطي المخدرات بشكل كبير إذ بلغ عدد المدمنين في القدس حوالي 5000 شخص أي ما نسبته 2.4% من السكان العرب بالقدس يتعاطون الأنواع الأكثر خطورة وهي الهيروين، والتي شكلت ما نسبته 68.8% من عينة البحث، وأن الفئة العمرية من أبناء مدينة القدس المستهدفة للدخول إلى عالم المخدرات تتراوح أعمارهم من 25 عاماً ودون ذلك، التي تشكل ما نسبته حوالي 44% من أبناء المدينة بما يعني أن 11.8% إلى 13.2% من مجموع السكان العرب بالقدس معرضون لظاهرة تعاطي المخدرات. وتعود أسباب دخول هذه الفئة إلى عالم المخدرات، إلى نمط الشخصية السلبية السائدة لديهم، والتي هي نتاج للتنشئة الاجتماعية، التي حصل عليها الفرد من الأسرة، كونها الخلية الأساسية داخل المجتمع، والتي يقع على عاتقها مسؤولية التربية.

وفي دراسة الخطاطبة (2000) بعنوان **"متعاطو المخدرات في مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن: دراسة اجتماعية"**، هدفت هذه الدراسة إلى محاولة معرفة حجم المشكلة وجذورها ومدى انتشارها في المجتمع الأردني، وهل هي مشكلة فردية محصورة في عدد قليل من أفراد المجتمع، أم أنها مشكلة متعددة الجوانب في مجتمعنا، ومن ثم التعرف على الخلفية الاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات، ومعرفةالعوامل الحقيقية التي تدفع الفرد لتعاطيها، ومعرفة أنواع

المواد المخدره المستخدمة من قبل المتعاطين بإضافة إلى مجموعة من الأهداف الثانوية، كما استخدم الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات من المبحوثين، وبلغ حجم العينة 184 شخصاً من المحكومين الموقوفين داخل مراكز الاصلاح والتأهيل في الأردن.

خلصت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان إقامة أسرة الفرد الدائمة وبين تعاطي المخدرات، إضافة إلى وجود علاقة بين المستوى التعليمي للفرد وبين تعاطي المخدرات،فتبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي قلت إمكانية تعاط ي المخدرات والعكس صحيح. إضافة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الزواجية عند الأفراد وبين تعاطي المخدرات حيث أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة التعاطي عند فئة العازبين، والعلاقة بين العاملين في المهن اليدوية وبين تعاطي المخدرات، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية لتوتر العلاقات الأسرية بسبب الخلافات المستمرة بين الزوجين من جهة وبين الوالدين والأبناء من جهة أخرى مما يشجع على تعاطي المخدرات بدافع الهروب من هذه الخلافات أو نسيانها.

ثانيا: الدراسات الأجنبية

قام كيلي وآخرون Kelly and others (2009) بدراسة حول **"الاختلافات الجندرية بين الأفراد المدمنين على الأفيون الخاضعين للعلاج وغير الخاضعين للعلاج"**

"Gender Differences Among In- and Out-of-Treatment Opioid-Addicted Individuals"

هدفت الدراسة إلى استكشاف الفروق الجندرية بين 355 من الخاضعين وغير الخاضعين للعلاج من المواد الأفونية والإدمان في بالتيمور (Baltimore) بولاية ميريلاند الأمريكية، تم عمل مقارنة مؤشر خطورة الإدمان مع عوامل أخرى بين النساء الخاضعات للعلاج مع النساء غير الخاضعات للعلاج، والنساء غير الخاضعات للعلاج مع الرجال والنساء الخاضعين للعلاج.

بينت النتاىج أن النساء الخاضعات وغير الخاضعات للعلاج يعملن أقل ويستخدمن كمية أكبر من مادة الكوكايين من نظرائهم من الرجال وعلاوة على ذلك فأن النساء اللواتي لم يخضعن للمعالجة

يستخدمن الهروين والكوكايين أكثر، ينفقن أموالا أكثر على المخدرات، حصلن على المزيد من الدخل غير المشروع. وتشير النتائج إلى زيادة خطر المخدرات ومشاكل توظيف النساء المدمنات على الأفيون وتؤكد على ضرورة وجود خدمات متخصصة لكل جنس للعناية بالمدمنين على المخدرات.

وفي دراسة أعدها غيلا Gila (2008) بعنوان **"أنماط الجريمة وإساءة استعمال المواد المخدرة بين السجينات الإسرائيليات المدمنات سابقاً"**

"Patterns of Crime and Substance Abuse among Israeli Ex-Addict Female Inmates"

تفحص الدراسة العلاقة بين إدمان المخدرات والتورط بالجريمة بين السجينات في السجون الإسرائيلية، ومن ناحية أخرى دراسة مساهمة العوامل الأخرى في بدا ية الإدمان، الإعتداءات الجنسية، وتعاطي عدة انواع من المواد المخدرة، للتنبؤ بمساهمة هذه العوامل بالجرائم الموجهة ضد هؤلاء الأشخاص المدمنين . حيث شارك أربع وخمسون سجينة من ذوات الاسبقية بالتعاطي والإدمان في هذه الدراسة. وأشارت نتائج الأبحاث أن غالبية المشاركات بالدراسة قد بدأن باستخدام المواد المخدرة قبل تورطهن بالجريمة، و أن معظمهن أصلا تم إدانته بجرائم ذات علاقة بالمواد المخدرة. بالإضافة إلى ذلك ، فإن نصف عدد المشاركات بالدراسة كان لديهن تاريخ بتعرضهن لإعتداءات جنسية، وتميزت السجينات اللاتي تعرضن لهذه الإعتداءات بالبدء المبكر بتعاطي المواد المخدرة واستخدام عدة أنواع منها، فلوحظ ان هناك علاقة وثيقة ما بين تعاطي عدة انواع من المواد المخدرة والجرائم الموجهة ضد هؤلاء الأشخاص، وبالإضافة إلى ذلك فأنه قد تبين أن هناك علاقة بين مدة الإنقطاع عن تعاطي المواد المخدرة و تدني الشعور بالتماسك وارتفاع مستويات القلق لهؤلاء السجينات . و تم أيضا مناقشة الأثار المترتبة على تعاطي المواد المخدرة في هذه الدراسة.

وفي دراسة أعدها هوانج وأكيرز Hwang and Akers (2006) بعنوان **"تأثير الوالدين والزملاء على تعاطي المواد المخدرة لدى المراهقين في كوريا الجنوبية"**

“Parental and Peer Influences on Adolescent Drug Use in Korea”

عمدت هذه الدراسة إلى دراسة تأثير الوالدين والزملاء على تعاطي المخدرات عند المراهقين، وقد توصلت التحاليل والنتائج المنبثقة عن الإستبيان الذاتي لعينة المسح البالغ عددها 1035 طالبا من طلاب المدراس الثانوية في منطقة بوسان وهي منطقة حضرية توجد في كوريا الجنوبية، حيث يكشف الانحدار المتعدد و تحليل المسار أن جميع السلوكيات المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة لهؤلاء اليافعين يتأثر بالمتغيرات الخاصة بالوالدين كانت بشكل عام أقل من التأثير بالمتغيرات الخاصة بالأقران والزملاء. حتى في المجتمع الكوري الجنوبي، حيث الاستقرار وسلطة الأسرة هي عادة أكبر مما كانت عليه في المجتمع الأميركي، فأن تأثير الأقران أكبر من مما يمكن أن يقوم به الآباء والأمهات لهؤلاء المراهقين من الانخراط أو الامتناع عن السلو ك المنحرف، فكانت النتائج أكثر مطابقة لفرضيات نظرية التعلم الاجتماعي من الناحية النظرية لتلك الروابط الاجتم اعية، بالإضافة الى تكرار نتائج الأبحاث عادة من الأبحاث المتعلقة بتعاطي المخدرات عند المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية، لذا فهناك حاجة إلى مزيد م ن البحث بشكل واضح، بالرغم من أن النتائج هنا توحي بأن العمليات الاجتماعية لتعاطي المخدرات بين المراهقين والتفسيرات النظرية لها تتركز على تلك العمليات التي لا تقتصر على المجتمعات الغربية فقط.

وفي دراسة أجراها جيم وراي Çırakoğlu and Işın (2005) بعنوان **" تصور إدمان المخدرات بين طلاب الجامعة التركية: الأسباب ، والعلاج، والمواقف"**

“Perception of drug addiction among Turkish university students: Causes, cures, and attitudes”

قامت الدراسة على عدد من طلاب الجامعة التركية لديهم اعتقادات مختلفة عن مسببات الإدمان على المخدرات وعلاجه، وكشف تحليل المكونات الرئيسية مع مقياس أسباب تعاطي المخدرات عن أربعة أسباب هي: المشاكل والمواجهة،والفراغ العاطفي،والبيئة الاجتماعية والقابلية، وبالتعاون بين تحليل المكونات الرئيسية مع العلاج لمقياس تعاطي المخدرات تم وضع أربعة حلول هي : البحث عن المساعدة والتجنب، التغيير الذاتي، النشاط الاجتماعي والتغيير .

وفي تحليل منفصل للتباين متعدد المتغيرات تم تنفيذه وجد أن هناك اختلافات كبيرة بين الجنسين بين أثنين من مقاييس أسباب إدمان المخدرات مع ثلاثة من حلول العلاج لمقياس تعاطي المخدرات، وكشف التحليل على نطاق الموقف بين الجنسين وتأثير المخدرات الرئيسي وتأثير المخدرات التفاعلي، يملك الرجال مواقف أكثر ايجابية اتجاه المخدرات.

أكثر المواقف السلبية وجدت اتجاه الهيروين ووجدت أكثر المواقف ايجابية اتجاه القنب . وتشير النتائج أن الذين يعرفون مستخدمين للمخدرات لديهم مواقف أكثر ايجابية.

وتناولت دراسة فريدمان وآخرون Friedman ,et al (2005) بعنوان **" الفروق بين الجنسين في الجريمة وعلاقتها أو تلازمها مع اضطرابات الإدمان"**

“in criminality: Bipolar disorder with co-occurring substance abuse Gender differences”

هدفت الد راسة إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في الجريمة وعلاقتها مع اضطرابات الإدمان، وقد تكونت عينة الدراسة من 55 أمرأة و77 رجلاً تم عقد مقابلات معهم للتعرف على تاريخهم في الجريمة، والذين لديهم اضطرابات ثنائي القطب بالتلازم مع اضطرابات الإدمان وذلك من أجل الوقوف على الفروق والتشابهات بين الجنسين.

وأوضحت النتائج أن 3% من الإناث، و 79% من الذكور أكدوا أنهم قد اتهموا بجرائم مختلفة، وأن نصف هذه النسبة قد تم سجنهم . كما أشارت النتائج إلى أن الرجال المدمنين يتجهون إلى ارتكاب الجرائم أكثر من الإناث، وهو ما يتعارض مع تا ريخ الجريمة لدى الإناث، الذي يكشف قيامهن بارتكاب عدد أكبر من جرائم الذكور.

وفي دراسة أجراها هانلون Hanlon (2005) بعنوان **" أطفال الأمهات المدمنات السجينات : استعراض خدمات التدخل الوقائي ومدلولاتها بالنسبة للأطفال والشباب"**

“Vulnerability of children of incarcerated addict mothers: Implications for preventive Intervention Children & Youth services Review”

أجريت الدراسة على عينة من المراهقين الأمريكيين السود المولودين لأمهات من المدمنات المقيمات بمركز علاج الإدمان، وقد اهتمت الدراسة بفحص العلاقة بين العمر وا لنوع وعامل الخطر وتأثيرها على توافق الأبناء من خلال استخدام استبيان التقدير الذاتي ومجموعة من مقاييس الشخصية، إلا أن النتائج لم تظهر في حالة غالبية الأبناء أنهم كانوا منحرفين أو لديهم سوء توافق، فيما عدا مجموعة صغيرة في الأبناء المشاركين في الدراسة تبين أن الغالبية العظمى منهم قد نجحوا في تجنب الإدمان (التعاطي)، ولم ينخرطوا في أساليب حياة منحرفة بالرغم من ذلك فقد أظهرت النتائج وجود مؤشر عام لدى الأبناء يدل على سلوك مشكلة أعيد إلى للتأثيرفي سلوك أقرانهم المنحرفين.

ودراسة أعدها إيتل Eiltle (2002) بعنوان **" استكشاف مصادر الانحراف الناتجة عن ضغوط الإناث، التمييز المحسوس ونظرية الضغوط العامة"**

“Exploring a source of deviance- Producing strain for female Perceived discrimination and general strain theory “

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التمييز على أساس الن وع (الذكور – الإناث) وانحراف النساء، وتم إجراء هذه الدراسة على عينة من النساء الشابات في جنوب فلوريدا تتراوح اعمارهن من 18-23، وحاولت الدراسة اختبار فرض هل النساء اللآتي تعرضن لخبرات سيئة كالتمييز ضدهن والمعاملة السيئة يقمن بارتكاب الجريمة.

تمكنت الدراسة م ن الوصول إلى أن التعرض لأحداث سيئة في الحياة في مراحل العمر المختلفة سواء على المستوى الشخصي أو في نطاق العائلة من الأمور التي تدفع النساء إلى ارتكاب الجريمة والأنحراف، وأن لجماعة الرفاق دوراً كبيراً في دفع المبحوثات لارتكاب الجريمة والانحراف إذ أنهم يقومون بانتهاز الفرص المناسبة لخرق القانون وتقليد بعضهم بعض.

تعقيب على الدراسات:

اهتمت الدراسات السابقة بدراسة مشكلة إدمان وتعاطي المخدرات من جوانب عدة، كدراسة واقع المخدرات وسن بدء تعاطي المخدرات والتدخين عند الفتيات، وأسباب تعاطي المخدرات، والأمراض الجسدية و النفسية التي يسببها الأدمان، ودراسة العلاقة بين الفقر والبطالة وتعاطي المخدرات، والتعرف على بعض الخصائص البنائية والوظيفية لأسر مدمني المخدرات من خلال دراسة بعض المتغيرات كالتفكك الأسري وأساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية وطبيعة العلاقات الأسرية والنموذج الوالدي والظروف الاقتصادية للأسرة . ودراسة الأسباب التي تدفع الشباب الجامعي إلى تعاطي المخدرات وسبل تحصين الشباب الجامعي ضد هذه الآفة . ودراسة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين المطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات، وما إذا كان لتلك الخصائص علاقة بنوع المخدر وعلاقته بعدد مرات العودة للإدمان. ورصد العلاقة بين خصوصية المكان وثقافته وانتشار المخدرات وتداولها مع الكشف عن أهم العوامل الداخلية والخارجية لمجتمعي الدراسة ودورهما فى الإقبال على المخدرات والتعرف على رؤى الشباب للأساليب المتبعة للحد من انتشار الظاهرة. والتعرف على الأبعاد الاجتماعية الاقتصادية التى تؤدي إلى التعاطي. ومعرفة حجم المشكلة وجذورها ومدى انتشارها في المجتمع الأردني، وما إذا كانت مشكلة فردية محصورة في عدد قليل من أفراد المجتمع، أم أنها مشكلة متعددة الجوانب في مجتمعنا، والخلفية الاجتماعية وا لاقتصادية لمتعاطي المخدرات، ومعرفة العوامل الحقيقية التي تدفع الفرد لتعاطيها، ومعرفة أنواع المواد المخدرة المستخدمة من قبل المتعاطين.

تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بشموليتها لأنها تقوم على التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين الذكور والإناث وأسرهم، والتعرف إلى الأسباب الكامنة وراء تعاطي المخدرات لكلا الجنسين من منظور النوع الاجتماعي، والآثار الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي، و التعرف إلى الدلالة الإحصائية للأسباب والآثار الا جتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي.

إضافة إلى تميزها عن الدراسات السابقة من حيث المنهجية المستخدمة والأدوات التي تقوم من خلالها، فجمعت هذه الدراسة المنهجين الكمي النوعي معاً، وأسلوب المسح والمقابلة وتحليل

المضمون لكل من الذكور والأناث الخاضعين للعلاج والعاملين في مراكز علاج المدمنين . كما أن هذه الدراسة حسب معرفة الباحثة هي الأولى من نوعها التي تطبق على الذكور والإناث معاً من المتعاطين للمخدرات في الأردن.

الفصل الثاني

النظريات المفسرة لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات

تعددت الاتجاهات النظرية المفسر لظاهرة تعاطي المخدرات، ومن ضمنها الاتجاه النفسي، والاتجاه الاجتماعي، والاتجاه النسوي فاعتمدت في الاتجاه النفسي على نظريات التعلم والنظرية المعرفية السلوكية، وفي الاتجاه الاجتماعي فقد تم الاعتماد على نظرية التقل يد ونظرية الوصمة الاجتماعية، وأما الاتجاه النسوي فقد تم الاعتماد على النظرية الجندرية لتفسير ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

1-2 الاتجاة النفسي في تفسير ظاهرة التعاطي والإدمان

ويندرج تحت الاتجاه النفسي في تفسير ظاهرة التعاطي والإدمان النظريات السلوكية الآتية:

1-1-2 نظريات التعلم: Learning Theories

إن تفسيرات نظريات التعلم لسوء استخدام العقار مبنية على مفاهيم وظفت في علم النفس السلوكي، وباختصار فالمبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفؤوا عليها، وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافؤا عليه ا أو عوقبوا عليها وقد طبق منظرو التعلم هذا المبدأ على استخدام وسوء اسخدام العقاقير المخدرة.

إن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن عقاقير إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافآت) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافأة المتفق عليها مثل الطعام أو النقود، وتتحدد قيمة مكافأة العقار تجريبيا بتأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار (فايد،2003: 21). فتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطى المواد المخدرة يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعما لتناوله هذه الم واد في المرات التالية، مع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الانسحاب المزعجة (الدمرداش، 1982: 32). وقد أوضح الاتجاه السلوكي أهمية الدور الذي يلعبه الاشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning، والاشتراط الإجرائي Operant Conditioning في تكوين وعادة الإدمان، فتعاطي أي عقار عادة ما يتدعم عن طريق

عوامل كثيرة، وأن هذه المدعمات الإيجابية Positive – Reinforcers يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من المواقف المثيرة للقلق، وبمجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً، فإن سلوك الإدمان يت مسمر بالمدعمات السلبية أكثر، مع تجنب الأعراض الانسحابية غير السارة (البنا، 1991: 16).

كما يرى اصحاب نظرية التعلم أن الاشخاص يستخدمون العقار المخدر لأنهم يتلقون مكافآت على استخدام العقار المخدر، وهذه المكافآت لا تتمثل في المكافآت النفسية فإيجابية (النشوة وخفض الضغوط) فحسب، ولكن يتلقون أيضا مكافآت اجتماعية متمثلة في الصداقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من مدمني العقاقير المخدرة، وغالباً ما يكون التفاعل مع الأشخاص غير المستخدمين للعقاقير غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير، وهذا في حد ذاته يدعم المكافآت الإيجابية لاستخدام العقار والمساهمة في أسلوب حياة تعاطي العقاقير (غانم، 2003: 23)

2-1-2 النظرية المعرفية السلوكية Cognitive Behavioral Theory

تفسر الإدمان من خلال مبدأين أساسيين هما : القهر: Compulsion، ونموذج التوقع: Expectancy Theory. (Velleman, 1991)

أما **القهر Compulsion**: فينظر أصحاب الاتجاه المعرفي السلوكي الى الأفراد على أنهم صانعو قرار، ونشيطون، ولديهم القدرة على ضبط النفس، ويرى المعالجون القهر باعتباره مبنيا على التعلم والتوقعات، وأنهم يوافقون على أن المدمنين يشعرون غالبا بأنهم لا يستطيعون التحكم في أي شيء، وهذا يؤثر على سلوكهم، فيسلكون سلوكا قهريا لا يستطيعون فعلا التحكم به.

وأما **نموذج التوقع Expectancy Theory** : فان عملية التوقع هي عملية معرفية وتعني : توقع الأحداث لنتائج معينة، أي توقع وجود علاقة منظمة يمكن التنبؤ بها بين حدث أو شيء وبين النتيجة، ومن خلال قو اعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقات بين الأحداث أو الموضوعات في موقف قادم. وهنا يتم تعلم العلاقة بين استخدام المادة، ونتائج معينة مرغوبة لأنها معززة . ويحدث الإدمان نتيجة أن التوقعات الإيجابية له أكبر من التوقعات السلبية.

هذه التوقعات قد تعزز في خبرة ق صيرة المدى، وذكر مارلات (Marlat et al,1988) أن النظرة الى المخدرات على أنها شيء سحري، وأنها تخفف التوتر، وتزيد التوكيدية الاجتماعية، هي توقعات يتم تعلمها في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة، وجماعات الأقران . ويرى أنصار هذا الاتجاه، أن التعاطي يتحدد جزئيا بالتوقعات الخاصة بتأثير مادة التعاطي، والأنظمة الاجتماعية التي تحكم ردود أفعال الفرد، للمخدرات . فالأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثير مادة التعاطي قبل استخدامها، وأصبحت توقعاتهم ومعرفتهم أكثر تحديدا عند استخدامها.

ويرى المعالجون كذلك أنه عندما يحدث التسمم فان السلوك يتحدد بتوقعات الفرد عما يجب أن يفعله أو يسلكه. كذلك يسلم أنصار هذا الاتجاه، بأن استخدام المادة المخدرة في موقف انسحابي، قد يرجع الى التوقع بأن الاستخدام سيخفض الأعراض الانسحابية، وليس لأن الفرد يستجيب لاإراديا لظاهرة اشتهاء المخدر. كذلك يلعب كل من الوعي بالذات، والعزو دورا في مساعدة المختصين على فهم الإدمان، فوعي الفرد بذاته، واعتقاداته، بأن المخدرات تخفض التوتر وتزيد الدافعية، قد يفسر تعاطي الفرد للمخدرات. كذلك بالنسبة لنظرية العزو، حيث يعزو الأفراد أسباب إدمانهم الى مصادر خارجية وداخلية، وبشكل إيجابي كتقبل المسؤولية عن الإدمان، أو بشكل سلبي مثل لوم الآخرين والأماكن والأشياء(فايد، 2003: 26).

2-2 الاتجاة الاجتماعي في تفسير ظاهرة التعاطي والإدمان

انصب اهتمام المنظرين في علم الاجتماع على تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها باعتبارها محصلة العوامل المتعلقة بالفرد اجتماعياً وثقافياً، بالإضافة إلى الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه. وعلى ضوء ذلك ظهرت العديد من النظريات الاجتماعية التي عمدت إلى تفسير تعاطي المخدرات والإدمان من جوانب عدة، مما ادى إلى تعدد الآراء والطروحات الظرية التي تهدف إلى الوصول لتفسير واقعي.

ويمكن تناول تعاطي المخدرات من المنظور الاجتماعي على أنه نتاج تفاعل بعض الأفراد مع بعض من ناحية، وبينهم وبين البيئة الاجتماعية من ناحية أخرى ومن أهم هذه النظريات:

1-2-2 نظرية التقليد

وضع أسس هذه النظرية العالم الفرنسي تارد (Tard) الذي نشر أفكاره عن نظريته حول التقليد في كتابة الفلسفة العقابية وذلك في عام 1912. تقوم هذه النظرية على محور انتقال الأنماط السلوكية بمقتضى عملية اجتماعية هي عملية التقليد، التي تتم بالاتصال المباشر أو غير المباشر بين طرفين من الأشخاص أحدهما عنصر منشئ والآخر مقلد. ولا شك أن مثل هذه العملية لا تتم إلا في بيئة اجتماعية تتميز بسوء تنظيمها الاجتماعي، بحيث تتيح الفرص قيام مثل هذا الاتصال بين عناصر موبوءة وأخرى سليمة بريئة (الدوري، 1984: 76). والتقليد محاكاة تجري بين شخص وآخر، أو بين جيل وآخر، وتتم عملية التقليد حسب قوانين ثابتة وهي:

- أن الأفراد يقلدون بعضهم بدرجة أكبر كلما كانوا متقاربين وبينهم صلات أقوى، ولذلك ينتشر التقليد في المدن أكثر من القرى، لأن درجة الاختلاط والتفاعل بين الأفراد في المدن أقوى وأكثر.
- ينتقل التقليد من الأدنى إلى الأعلى، فالضعيف يقلد القوي، والفقير يقل د الغني، والصغير يقلد الكبير.
- في حالة تعارض الأذواق والاتجاهات فإن الانسان يقلد الحديث منها دون القديم وهذا ما سماه تارد بقانون التداخل ويشير في هذا الصدد إلى أنواع وطرق تعاطي المخدرات.

ويرى تارد إمكانية انتقال السلوك المنحرف بين الأفراد عن طريق الاتصال وا لاختلاط الاجتماعي، وهذه حقيقة لا تنفيها غالبية الدراسات العلمية القائمة على دراسة حالة المجرمين والجانحين بشكل عام، ولا شك أن التقليد عنصر أساسي في تطوير بعض أنواع السلوك الإجرامي والانحرافي، وبوجه خاص في أشكاله المنظمة، كإدمان العقاقير والمخدر . فالسلوك الإنساني يحدث نتيجة التقليد لأفراد المجتمع بعضهم بعض بسبب التفاعل والاحتكاك فعندما يتكون زحام بشري في مكان ما، فإن الأفراد المكونين للحشد أو الزحام يكونون مختلفين عن بعضهم بعض غالباً، ولكن حدوث أي انفعال من أحدهم ينتقل بين صفوف الحاضرين مما يؤدي إلى انفعالهم وتحركهم وهذا سلوك جماعي نشأ بسبب التقليد (السناري، 2010: 51).

كما يرى تارد أن المتعاطي الذي ينشأ منذ البداية في بيئة يسود فيها تعاطي المخدرات تساعده هذه البيئة على ممارسة السلوك غير المشروع، فقد تعرض تارد لما أسماه بالتماثل الاجتماعي ويعني بذلك أن المتعاطي والشخص الذي يقلده لابد أن يكونا في مجتمع واحد ليكون الاتصال الاجتماعي بينهما كافياً حتى يؤدي التقليد دوره ووظيفته . ومن الواضح أن تارد قنع بقانون المحاكاه وجعله المفتاح الرئيسي الذي يفسر كل ظاهرة اجتماعية ولم يكشف لنا عن الدوافع التي تدفع الناس إلى المحاكاة نفسها وهل هي شعورية؟ أو غير شعورية؟ إرادية؟ أم غير إرادية؟ وهل يمكن مقاومتها والكف عنها والتخلص من قهرها؟ (الساعاتي، 1983: 36).

فالتقليد سنة الحياة الاجتماعية وقانون تطورها وهو السبب في نشوء كافة الأنماط الثقافية الجديدة، وفي بث الروح الجديدة فيها وهو المسؤول عن تغييرها وتعديلها وفنائها أو قيام أخرى تحل مكانها، فكل جانب من جوانب السلوك الإنساني سواء كان فكرة أو عقيده أو نشاطاً يخضع لقانون التغيير والتعديل يتم بواسطة التقليد، فهو المسؤول عن انتشار الأنماط الثقافية بين أكبر عدد ممكن من الأفراد، وبين أكبر ع دد ممكن من الجماعات وهذا يحدث في كل المجتمعات صغيرها وكبيرها، قديمها وحديثها، فحين يتسع نطاق السلوك الإنساني ويشيع تقليده بين نسبة كبيرة من الأفراد، وترسخ جذورها في التربية الاجتماعية عندها أصبح عرفاً أو عادة اجتماعية شائعة (السناري، 2010: 37).

والحقيقة أن اتخاذ عنصر المحاكاة، كتفسير أساسي لانتقال السلوك الانحرافي يجعل من عملية المحاكاة هذه عملية ميكانيكية آلية تعمل في كل مكان وزمان وتنطبق على جميع الأشخاص على السواء. فالمعروف أن الأفراد لا يستجيبون استجابات مباشرة واحدة لتأثير الإيحاء الواحد نتيجة اتصالهم بأفراد آخرين وبالرغم من أن تارد لا يوضح سبب نزوح بعض الأفراد للتقليد والمحاكاة إلا أنه يقر باختلاف هؤلاء الأفراد حيث يرى أن الأفراد غالياً ما يستجيبون استجابات مختلفة حيث تختلف الاستجابة من شخص لآخر . وقد يرجع ذلك إلى أثر بعض العوامل التي تكسب بعض الأشخاص ا ستعداداً إيجابياً يضاعف من استجابتهم تجاه الإيحاء الحاصل، بينما تكسب الآخرين استعداداً سلبياً يشكل قوة مانعة تضاعف من مقاومتهم للاستجابة تجاه الإيحاء ذاته ومن هذه العوامل مزاج الشخص الخاص، وقوة اتجاهاته النفسية،و مدى تكامل عناصر شخصيته وقوة انتمائه إلى جماعته، ومدى التزامه بالقيم الأخلاقية السائدة في مجتمعه (السناري، 2010: 52).

وبناء على نظرية "تارد" فإن الفرد قد يتعاطى المخدرات أو يدمن عليها من خلال التقليد لأن احتكاك الأفراد بعضهم ببعض يساعد على نقل العادات والتقاليد وأنماط السلوك سواء كان ايجابياً أو سلبياً بما في ذلك تعاطي المخدرات فهو بذلك سلوك اجتماعي مكتسب يتعلمه الفرد نتيجة المحاكاة والتقليد، ويكون ذلك في الجماعات ذات العلاقات القوية وخاصة جماعة الرفاق والأصدقاء، لأنها قادرة على تكيف الفرد وتطبيعه بطبائعها وسلوكياتها السليمة والمنحرفة، فتقوم بدور كبي ر في تشكيل شخصية الفرد لا سيما في مرحلة الشباب . ويرد تارد أن ذلك يحدث عندما يسود تلك الجماعة علاقات ومواجهات ولقاءات دائمة ومتواصلة، نتيجة لتواصل الفرد الدائم معهم فإنه سوف ينسجم معهم ويعيش معهم اجواء فكرية تكون موحدة فيسهل اجتذابه معهم في دائرة تعاطي المخدرات.

2-2-2 نظرية الوصمة الاجتماعية

حاول العالم شوهام (Shawham) عرض نظريته لأول مرة في كتابه وصمة قابيل، ومن الطبيعي أن يعمل شوهام على تحديد ما يقصده من مصطلح الوصمة معتمداً في ذلك على افتراض قوامه أن الانحراف الطبيعي باعتباره وظيفة للوصمة الاجتماعية يتم التعبير عنه في سلوك المنحرف ذاته.

وقد حاول شوهام أن يقوم بتحديد وظيفة الوصمة وهي وظيفة رادعة تهدف إلى تحقيق التوافق في المستقبل مع القاعدة القانونية، ولها أثر رادع بصورة دائمة يزيد على أثرالعقوبة ذاتها . ومن هنا يرى شوهام أن الوصمة قد تعد من قبيل الجزاء . وه ي تعكس ردة فعل المجتمع من انتهاك القاعدة القانونية، ولذلك يمكن استخدامها كمعيار لقياس قوة هذه القاعدة . وكلما كانت الوصمة خطيرة زادت ردة فعل الجماعة على انتهاك القاعدة القانونية . ويبدو من هذا الشرح أن شوهام يعرض سمات الوصمة باعتبارها من الآثار التابعة للاد انة وصدور حكم بعقوبة جنائية . ولذلك يؤكد أن الوصمة في التشريعات الحديثة تتمثل في فقدان الجاني بعض حقوقة المدنية كحق التعيين في وظيفة وحق الزو اج وغيرها (الدخيل، 2005: 45). وتستخدم الوصمة لدى شوهام كأداة للضبط الاجتماعي فمن المعروف أن الفرد والمجتمع يختزنان ا لقواعد القانونية. فإذا كانت عملية الاختزان

قوية فإن الفرد ينصرف عن ارتكاب السلوك الإجرامي خوفاً من الجزاء، وهنا يكون للوصمة أثر كبير باعتبارها جزاء.

وعلى ذلك يربط شوهام استخدام الوصمة كاداة للضبط الاجتماعي بعاملين اساسيين هما التضامن والانصياع، فالفرد يتحدد سلوكه من خلال نظرته لهذين العاملين فهو عندما يتضامن برغبته مع أهداف المجتمع وغاياته ويلتزم بقواعده يكون متضامناً معه وبالتالي يقل احتمال ارتكابه سلوكاً منحرفاً، في حين أن الانصياع يبدو فيمن يرى أن تضامن الجماعة أمر مقيد للحرية ضابط للرغبة ومضطهد للإرادة وهو الشخص الذي يمكن أن ينتهك القانون.

ويرجع أصل نظرية الوصمة إلى ما كتبه فرانك تانينبوم (Frank Taninbaum) عام 1938 عن أن ما يؤدي إلى خلق المجرم إنما هو الكيفية التي يعامله بها الآخرون فتانينبوم يذكر أن عملية صنع المجرم تتصف بأنها عملية تحتوي على عناصر تشمل وضع علامات وألقاب وتعريفات تقوم الجماعة بإلصاقها بالشخص والهدف من عملية الوصم هذه خدمة الجماعة وتحقيق بعض أهدافها والتي عن طريقها تتم بلورة نقمة الجماعة تجاه الشخص المخالف، ونقمة المخالف على نفسه عن طريق هز معنوياته وتشويه قيمه وأخلاقه(الوريكات، 2010: 67).

وفي عام 1951 كان لإسهامات لميرت (Lemert) الدور الأكبر في تحديد مفاهيم نظرية الوصمة، وإبرازها وذلك حينما أصدر كتابه (الأمراض الاجتماعية). يرى لميرت أن الانحراف في السلوك هو حصيلة صراع ثقافي تظهر آثاره في التنظيم الاجتماعي القائم في المجتمعات، وأن هذا الانحراف يظهر على ثلاثة مستويات وهي:

1. الانحراف الفردي ويحدث حين يتعرض الفرد للعديد من الضغوط النفسية الداخلية التي تؤثر عليه بصورة مباشرة.
2. الانحراف الرفي ويحدث نتيجة لتعرض الفرد لأحد المواقف التي لا تتاح له فيها فرصة الاختيار أو التفكير.
3. الانحراف الاجتماعي ويظهر هذا الانحراف داخل أطر الجماعات الإجرامية ذات التنظيم والتي تتخذ من العمل الإجرامي أسلوباً للعيش والانحراف الظرفي نتيجة تعرض الإنسان لضغوط بيئية او ظرفية لا تتيح للفرد أن يتمهل ويختار.

وتقوم نظرية الوصمة الاجتماعية لدى لميرت على فرضين رئسيين وهما:

أولاً: أن الانحراف لا يقوم على نوعية الفعل وماهيته بقدر ما يقوم على نتيجته وما يوصف به الفاعل من قبل المجتمع.

ثانياً: أن الانحراف عملية اجتماعية تقوم بين طرفين : الفعل الانحرافي من جانب، وردة فعل المجتمع تجاه هذا الفعل الانحرافي ووصمه بالانحراف من جانب آخر.

وتأسيساً على ما سبق فإن اصحاب هذا الاتجاه يرون أن المؤسسات الإصلاحية مثل السجون، ودور الملاحظة والتوجية، والمؤسسات العلاجية الخاصة بعلاج الإدمان تلعب دوراً كبيراً في إضفاء صفة الجنوح والانحراف والإجرام على أفرادها، ذلك أن من يودع فيها يوصف بأنه مجرم وبالتالي يوصمه المجتمع بتلك الوصمة التي لم تأت إلا بدخوله السجن أو مركز العلاج.

ومن هنا فإن المؤسسات من وجهة نظر أصحاب هذا الاتجاه لا تعمل على إصلاح من يدخلها بقدر ما تؤدي إلى وصمه وانحرافه. وبالتالي يتكرس فيهم هذا الانحراف نتيجة لتلك الوصمة أو الصفة التي يطلقها عليهم المجتمع ومن ثم تصبح تلك الوصمة عقبة في سبيل إصلاح الفرد المنحرف أو تقويمه (السناري، 2010: 47).

بناء على نظرية الوصم، فإن تعاطي المخدرات يعد شكلاً من أشكال الانحراف في مجتمعنا لكونه يتعارض مع القيم والعادات والتقاليد ويتعارض مع ثقافة مجتمعنا الديني على وجه الخصوص، فينفر منهم أفراد المجتمع وينبذونهم ويحاولون عدم الاختلاط بهم حتى الأقارب والجيران، بل ينظر إليهم على أنهم ناس شواذ أو نموذج اجتماعي سيء، وهذه الوصمة التي تلاحقهم حتى بعد العلاج وغالباً ما تكون سبباً في رجوع المتعاطي وإلى تكرار الإدمان على المخد رات، وفي الحقيقة عملية الوصم يكون تأثيرها على المرأة أكثر من الرجل، لذلك نجد الأمر يزداد تعقيداً إذا تعرضت الفتاة في الأسرة إلى التعاطي، لذا نجد أن الأهل يحاولون التكتم على ذلك وأحياناً يرفضون إرسالها إلى المستشفى للعلاج لتخوفهم من وصمة العار، لأنها بذلك سوف تترك السمعة السيئة لها ولأسرتها.

3-2 تعاطي وإدمان المخدرات والنوع الاجتماعي:

بدأ استخدام مفهوم النوع الاجتماعي (الجندر) في كثير من القطاعات مختلفة سواء منها الجامعية، أو المهتمة بالتنمية والسكان وتنظيم الأسرة، وبالرغم من ذلك فإن هذا المفهوم ما زال غامضاً، إذ تم تعريبه إلى مصطلحات عدة منها الجنس البيولوجي، الجنس الاجتماعي، الدور الاجتماعي، النوع الاجتماعي، إذ يظن البعض أنه يحتوي على طريقة أخرى للإشارة إلى الجنس البيولوجي أو بعض جوانبه ويستعمله ليحل محل كلمة "إمرأة" في مجال المسائل والمشاريع التي تخصها هي بالذات، إلا أن كلا التأويلين غير صحيح، إذ أنهما يهملان عنصرين أساسيين هما: الرجل والمجتمع. ومن جهة أخرى فإن ما يزيد اللفظ غموضاً، هو صعوبة ترجمته إلى لغة غير الإنجليزية لأنه وجد قبل وقت قصير نسبياً مرتبطاً بالمعاني التنموية التي ورد ذكرها، ومن ثم بات لفظاً يستخدم على نطاق دولي مثله في ذلك مثل الاستراتيجية أو التكنولوجيا . وقد تم استخدام مصطلح النوع الاجتماعي للدلالة على مفهوم (الجندر) وهو العلاقة المتداخلة بين المرأة والرجل في المجتمع، والتي تسمى علاقة النوع الاجتماعي. ويشمل مفهوم (الجندر) كل من الرجل والمرأة معاً، والمرأة والرجل في مجتمع واحد، ووجهة نظر المرأة والرجل في ذلك الحين بالنسبة إلى كل القضايا التنموية التي تهم المجتمع (أبو رياش، 2006: 306).

"النوع" تعبير واسع الإستعمال في العلوم الإجتماعية، كما يستخدم أحياناً بديلاً بسيطاً عن "الجنس"، وقد يدل على عملية معقدة تجعل الجنسين الذكر والأنثى أشخاصاً إجتماعيين يحملون في أنفسهم من المعاني التي يربطونها بأعمالهم الخاصة، رغبات وبصمات واتجاهات منظمة إجتماعياً فيما يخص ما يكوّن الذكورة والأنوثة. وبذالك فإن "النوع" تعبير يشير إلى إنتاج هذا التنظيم الاجتماعي للجنسين في فئتين مميزتين مختلفتين هما : رجال ونساء. فالعلاقات بين الرجال والنساء إذن ليست تلقائية، وإنما هي منظمة حسب الثقافات المختلفة، وبذلك هي قابلة للتغيير حسب تغير المفاهيم والثقافة السائدين في زمن معين وبلد معين (أبو رياش، 2006: 307). أما الجنس (Sex): فيشير إلى المفهوم البيولوجي لكل من الرجل والمرأة (الذكر والأنثى، الولد والبنت).

إن مصطلح جندر (Gender) النوع الاجتماعي يستخدم في القضايا المعرفية والاجتماعية، ومصطلح جنس (sex) يستخدم في الأمور البيولوجية والفسيولوجية.

إن ظاهرة انحراف وإجرام النساء يقف وراءها العديد من العوامل البيولوجية والفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، فالمرأة تختلف عن الرجل بيولوجيا وفسيولوجيا وهو اختلاف ينعكس على وضعها الاجتماعي من ناحية وعلى تكوينها النفسي من ناحية أخرى، وكذلك فإن الوضع الاجتماعي للمرأة يؤثر بدوره في تكوينها النفسي الذ ي يؤثر بدوره في علاقاتها وينعكس في سلوكها أي أن العوامل المختلفة تتبادل التأثير فيما بينها في عملية تفاعلية مستمرة. قد قام لمبروزو بتفسيرإجرائم النساء من الناحية البيولوجية في كتابه الإنسان الجامع عام 1800م أسباب السلوك الإجرامي على أساس الحتمية البيولوجية كما أنه حصر السبب الأساسي المباشر في تكوينهم، ولذلك فهم يستعصون على التغير عما هم عليه، مهما كانت الظروف البيئية التي تحيط بهم ، أنه قدرهم الذي ليس منه خلاص.

أكد لمبروزو في دراسته للنساء المجرمات أن الناحية النفسية للإناث اللواتي يعتمدن على تكوينهن البيولوجي بدرجة أكبر مما لدى الذكور ولهذا ينخفض معدل إجرامهن كما أضاف تفسيرات كثيرة لإنخفاض عدد الإناث المجرمات عن عدد الذكور المجرمين وانخفاض عدد التشوهات لدى الإناث المجرمات عما هي عليه لدى الذكور المجرمين على الوجه التالي:

1. التكوين البيولوجي للإناث يجعلها ه دفا للذكر و لذلك فإنها تتخذ موقف الترقب والإ نتظار بعكس الذكر الذي يتخذ موقف السعي والتحرك نحوها.

2. الدور الجالس للأنثى وهو يرتبط بتكوينها البيولوجي الذي يفرض عليها كثرة الجلوس وملازمة البيت وتوجيه اهتمامها إلى أولادها.

3. عامل الاختيار أو الانتقاء فالذكر يبحث عن المرأة الجميلة السليمة للزواج.

4. النشاط الأقل لقشرة دماغ المرأة بالمقارنة بنشاط قشرة الرجل مع ما هو معروف من أن إصابة هذه القشرة بتلف يؤدي إلى التهابها الذي يترتب عليه ظهور أعراض اضطراب وهستيريا كما يؤدي إلى مشاكل جنسية وارتكاب الجرائم كما لاحظ لمبروزو، أن التطور الفسيولوجي للمرأة (أي تطور وظائف أعضائها) يؤثر بلا شك في جرائمها، فالبلوغ والطمث والحمل وانقطاع الطمث في سن اليأس تؤثر في إجرامها.

والحقيقة أن إجرام الإناث يبلغ أقصاه في السن المتقدمة وفي مرحلة الطفولة التي لا تكون الخصائص الجنسية فيها قد نمت، في حين أنه في المرحلة الأخيرة تكون هذه الخصائص على وشك

الذبول، كما لاحظ لمبروزو أن النشاط الإجرامي للإناث يحدث بصفة عامة في فترة الطمث، وذلك لأن الدورة الشهرية أو الحيض لدى المرأة يكون مصحوباً بتغيرات خارجية تشمل تقريباً معظم أعضاء الأنثى أو تركيبها العضوي من ذ لك أن قدرتها على التنفس تتأثر نتيجة الحيض ويقل نشاطها العضلي، كما تتأثر بدرجة حرارة جسمها ويضطرب جهازها الهضمي وتتأثر قدرتها على الإحساس وقدرتها على التفكير، ولعل هذا التغير الشامل هو الذي جعل رجال الطب القدماء يعتنقون فلسفة تشاؤمية تستند إلى أن المرأة في هذه الحالة أي الحيض تتصف بسوء التقدير، وإساءة التصرف، والاضطراب، وأن حالة الحيض تقترن فضلاً عن ذلك بسرعة التهيج تجعل المرأة ضيقة الصدر، حساسة تجاه النقد، قلقة متوترة سريعة الإنفعال، تنتابها الشكوك وتسيطر عليها حالة من القنوط، والميل إلى العزلة (الوريكات، 2010: 67).

أما العوامل الاجتماعية لانحراف وإجرام النساء، فيعد الانحراف والإجرام سلوكا اجتماعيا من جهة، والخارجون عن القانون هم بعض أفراد المجتمع من ناحية أخرى، والقانون الذي يخرجون عليه ليصبحوا مجرمين من وجهة نظر مشرعيه، والبيئات التي يتطبعون فيها اجتماعية سواء كانت ات هي الأحوال الاجتماعية العامة التي تهيمن عليهم، أو الأوضاع الاجتماعية الخاصة المباشرة التي تشملهم والأفراد الذين يتعاملون معهم في إطارها.

وقد عارض علماء الاجتماع ما ذهب إليه رواد المدرسة البيولوجية والعضوية في دراستهم لظاهرة جرائم النساء وتفسير هم جرائم النساء بعوامل بيولوجية أو فسيولوجي ة فقط، وأكدوا أن الجريمة سلوك إنساني مكتسب وليس موروثا، ولذلك فإنه يجب فهم طبيعة جرائم النساء ودراسة العلاقة بين سلوك المرأة الإجرامي وبين القيم السائدة في المجتمع، والتعرف على صور الصراع بين القيم المختلفة كما يج ب الاهتمام بالدور الذي تلعبه الأنظمة المختلفة بالنسبة للمرأة وموقفها منها، كما يجب أن نعرف على سبيل المثال النظام الديني السائد وطبيعة نظرته إلى المرأة في ذاتها وفي علاقتها بالرجل، وما لها من حقوق وما عليها من واجبات، ونعرف النظام الطبقي السائد من حيث الدور الذي تلعبه المرأة في النظام الاقتصادي السائد، وإلى أي حد يسمح لها المجتمع بالقيام بهذا الدور، كما يجب معرفة أثر جماعتي الأسرة والأصدقاء في إجرام المرأة لا ينفصل بأي حال عن المكانة التي اتفق على منحها لها أو التي حصلت عليها المرأة بكفاحها في المجتمع (الهاشمي، 2005: 120-121).

بناء على ذلك يرى الكثير أن الاختلافات بين الجنسين في معدل الجريمة وأنماطها يعود إلى عوامل اجتماعية، ويؤيد ذلك الملاحظات التالية:

أولاً: إن معدل ارتكاب الجريمة بحسب الجنس يختلف بدرجة كبيرة من دولة إلى أخرى، فقد لوحظ أنه في المناطق التي حصلت فيها المرأة على قدر كبير من الحرية والمساواة بالرجل، اتجه معدل الجرائم التي ترتكبها الإناث إلى الاقتراب من المعدل الخاص بالذكور.

ثانياً: إن معدل الجرائم التي ترتكبها الإناث يختلف في أي دولة بحسب علاقة الاختلافات الخاصة بالأوضاع الاجتماعية لكل الجنسين.

ثالثاً: إن معدل جرائم النساء يزيد في سنوات الحرب، عندما تتولى المرأة وظائف الرجال وتحصل على مساواة اجتماعية بهم.

رابعاً: طبقاً للعدد القليل من الدراسات الخاصة، فإن المقارنة بين معدل جرائم الذكور ومعدل جرائم الإناث، تبين منها أن المعدل يكون أكبر بين الجا نحين الذين جاءوا من الأسر المتصدعة مما هو عليه بين الجانحين الذين جاءوا من الأسر المتماسكة، أي أن عدد البنات الجانحات اللاتي جئن من أسر متصدعة أكثر من عدد الأولاد، وأكثر اعتماداً على الأسر في تنظيم سلوكهم بعكس النوع من الأسر مما يظهر منه أن الأولاد أقل اعتماداً على الأسرة في تنظيم سلوكهم بعكس البنات، وأن تفكك الأسر يؤدي إلى جنوح البنات بدرجة أكبر من جنوح الأولاد.

خامساً: فيما يتعلق بما لاحظه العالم الإيطالي لمبروزو وغيره من العلماء بوجود ارتباط بين الخصائص البيولوجية أو الفسيولوجية والجريمة لدى الإناث تبين من الدراسة الإحصائية التي اجرتها الباحثة الفرنسية (جالي) حدوث انخفاض في جرائم القتل التي ترتكبها نساء تتراوح أعمارهن بين الأربعين والخمسة والأربعين، مما يدل على أنه شرط يترتب على بلوغ المرأة ما يسمى بسن اليأس، وما يصاحب ذلك من انقطاع الطمث وارتكابها لهذا ا لنوع من الجرائم وهو ما أوضحه العالم (دي جريف) الذي قال أن المتاعب الشهرية للمرأة والناشئة عن الطمث وكذلك فترة الحمل وانقطاع الطمث، تمضي في هدوء بالنسبة للنساء الطبيعيات، أما بالنسبة للنساء غير المتزنات فإنهن إذا واجهن متاعب زائدة عن الحد فإنهن سرعان ما يتحو لن إلى عدوانيات وغير متكيفات مع المجتمع (السناري، 2010: 97-99).

أما العوامل النفسية لانحراف وإجرام النساء فتعتبر من العوامل المهمة، والدافعة إلى ظاهرة إجرام النساء، ومعنى كون العامل النفسي هو أن يكون من فعل النفس التي تختل أو تتأثر بذاتها من ذاتها، وليس باختلال وظائف بعض أعضاء الجسم، كالمخ، أو الغدد الصماء، أو بعاهات يولد بعض الناس بها.

أكد العالم الفرنسي (تادر) في كتابة (الفلسفة العقابية) الذي شرح فيه نظريته محاولا تفسير أسباب الإجرام والتي يذهب فيها إلى أن السلوك الإجرامي خلق يتطبع الفرد عليه اجتماعياً من ذ الصغر، ويسري هذا الخلق بين بعض أفراد المجتمع، متبعاً قانون المحاكاة نفسه الذي سبق أن استقرأه من بحوثه، وانتهى إلى أنه يقوم عليه انتشار البدع في المجتمع.

فالجريمة في رأي (تارد) كأي حقيقة اجتماعية أخرى، نشاط اجتماعي كالبدعة من فئة قليلة عليا إلى فئات كثير ةً دونها، فمن المجرمين من الطبقة الأرستقراطية يسري الإجرام إلى الطبقة الدنيا بين أفراد أكثر عدواناً، ومنهم ينتقل إلى الطبقة الدنيا حيث ينتشر بين عدد أكبر بكثير من أفرادها.

وينفي السلوكيون دور العوامل البيولوجية في انخفاض معدل جرائم المرأة تبعاً لنفيهم كل د ور لما يسمى بالغرائز ونبذهم كل محاولة للاستيطان وكل رجوع إلى الشعور، ويركزون اهتمامهم فقط في التعليم، فالكائن الحي يتعلم بالمحاولة والخطأ، وكلما تكررت المحاولات قلت الأخطاء.

ويختلف أنصار الاتجاه النفسي حول أهمية الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية في انخفا ض معدل جرائم المرأة، فمدرسة التحليل النفسي ومدرسة علم النفس الاجتماعي لا تنكران أثر العوامل البيولوجية في التكوين النفسي للفرد مع وجود تفاوت بينهما في مدى هذا الأثر (الهاشمي، 2005: 125-130).

1-3-1 النظرية الجندرية:

هناك مجموعة من النظريات التي اعتمدت على مفهوم الجندر لتفسير الجريمة والانحراف ليس عند الإناث فقط بل كذلك عند الذكور، ومن هذه النظريات نظرية ضبط القوة التي وضعها هاجان (Hagan) ونظرية شمدت (Chmidt) وهي أيضا في ضبط القوى.

وضع هاجان وزملاؤه نظرية بنائية في علم الجريمة البنائية تقوم على اعتقاد أن علا قات العمل بما فيها من سلطة وقوة وتدرج تنعكس على العلاقات الأسرية . وهكذا نجد أن أبناء وبنات الطبقات الاجتماعية المختلفة تختلف خبراتهم وبالتالي تتباين العلاقات الأسرية، وبما أن علاقات العمل تعتمد على الجندر (التقسيم النوعي إلى رجل وامراة). فتختلف الأدوار الاجتماعية عند الإناث عن الذكور ويتبع ذلك بالضرورة القيم والتوقعات الاجتماعية . ويرى هذا الاتجاه أن هذا المزج بين الطبقة الاجتماعية والخبرات الجندرية يؤلف بناء أسرياً يمكن أن يساعد الباحثين قي تفسير الجريمة وسبب انحراف الفتيات. وتنطلق النظرية الجندرية من فرضية أساسية مؤداها أنه كلما زادت الأسرة أبوية اتسعت الفجوة الجندرية في ارتكاب الجرائم والسلوك المنحرف بين الذكور والإناث فالعمل والنفوذ والامتيازات والمكانة تفهم حسب الجنس (الوريكات، 2010: 94).

فالعائلة الديمقراطية التي تؤمن بالمساواة سوف تعيد إنتاج العلاقات ا لاجتماعية المتساوية وعكسها الأسرة البطريكية. حيث ترى النظرية أن تعريف الانحراف ومقدار الضبط الممارس من قبل الآباء على الأبناء وتفضيل الذكور على الإناث ينتج عنه في الأغلب ما يلي:

- أن الانحراف الاجتماعي يعكس أنشطة كامنة تحمل في ثناياها الإثارة والسعادة وهي تتدرج جندرياً حيث يحتل الأبناء سلم الأولوية ولديهم فرصة أكبر نحو تحقيق ذلك.
- أن الاختلافات الجندرية الموجودة في العمل تنعكس على الضبط الاجتماعي والذي ينعكس بدوره على الأسرة.
- أن شكل ونمط الضبط الاجتماعي الممارس على الأبناء والبنات يسمح بحرية أكبر للأبناء وهذا يفسر لنا قيامهم بسلوكيات وأفعال أخطر من الإناث والسبب يعود إلى التنشئة التي تسمح لهم بممارسة ذلك دون الإناث.
- بما أن الانحراف الاجتماعي مرتبط بركوب المخاطر فمن الطبيعي أن ينحرف الذكور أكثر من الإناث (السناري، 2010: 48).

كما أن هناك تفاوتا في نسبة الانحراف والجريمة بين الذكور والإناث، وهذا ما تأكده جميع الإحصاءات الجنائية، وهذا التفاوت لا يمكن أن يُرد إلى الاختلاف البيولوجي بين الرجل والمرأة وإنما يرجع إلى تلك الظروف والأبعاد الاجتماعية التي تقرر نشاط المرأة وحدود منزلتها الاجتماعية في المجتمع، فالمرأة في ال غالب تعيش حياة لا تتيح لها فرصة الاختلاط والاحتكاك بمتطلبات الحياة الاجتماعية، ولذلك فإن قابلية المرأة نحو ارتكاب الجرائم والانحراف ترتفع كلما أتيحت لها حرية الاختلاط والعمل . كما ان هناك إشكالية أخرى وهي عدم مصداقية الإحصائيات الخاصة بجرائم المرأة خاصة في مجتمعاتنا المحافظة لوجود التحفظ عليها والبعض الآخر لا يتخذ الاجراءات القضائية اللازمة وبالتالي تضيع نسبة كبيرة من جرائم المرأة بحيث لا تظهر في الاحصائيات الجنائية للدولة (الوريكات، 2010: 95).

الفصل الثالث

المخدرات وأثارها في المجتمع الأردني

إن تعريف المواد المخدرة أمر هام، في سبيل فهم طبيعة هذه المواد، وأنواعها والنتائج والآثار المختلفة على تعاطيها وإدمانها، لذلك تناول هذا الفصل التعريف بالمواد المخدرة وأنواعها، وتاريخ تعاطي المخدرات في البلاد العربية بشكل عام والأردن بشكل خاص، والسياسات الحكو مية والتشريعات الوطنية المتعلقة بمكافحة المخدرات في الأردن، ومؤسسات العلاج من الإدمان على المخدرات وإعادة التأهيل. كما تناول تعاطي المخدرات من منظور النوع الإجتماعي حيث تحدث عن الأسباب التي تكمن وراء تعاطي المخدرات والآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي.

3-1 المواد المخدرة

المخدِّر في اللغة: اسم فاعل من خدَّر: بتشديد الدال ومصدره التخدير، ومادة خدر وما اشتق منها تطلق على عدة معان في معاجم اللغة، منها: الستر، والفتور، والكسل، والتحير، والتخلف، والظلمة، والسكون، فقد ورد في لسان العرب: الخَدْرُ: إنذلالٌ يغشي الأعضاء: الرِّجل واليد، والجسد، والخدر من الشراب والدواء: فتور يعتري الشارب وضَعفٌ. والخدر في العين: فتورها، والخدر: الكسل والفتور، والخادر: الفاتر والكسلان. والخادر: المُتخيَّرُ، والخادر والخدر من الدواب و غيرها: المتخلف الذي لم يلحق، وخدر النهار خدراً فهو خدرٌ: اشتد حره وسكنت ريحه ولم تتحرك ولا يوجد به روح (ابن منظور،1300هـ).

وفي القاموس المحيط: الخدر: الستر، وظلمة الليل، وتخلف الظبية عن القطيع، وفتور العين، أو ثقل فيها من قذى ووردت بمعاني أخرى (الفيروزآبادي).

أما المعجم الوسيط فقد ورد فيه المخدر : بأنه المعطل للاحساس، والمبدل للشعور والإدراك، والمخدرات لغوياً أتت من اللفظ "خدر" يعني "ستر" بحيث يقال: تخدرت المرأة التي استترت، وخدر الأسد بمعنى لزم عرينه، وخدرت جسمه وعظامه، وأعضاءه، ويقصد بذلك أن المخدرات هي التي يتسبب عنها السكون والكسل (مصطفى وآخرون، 1998: 24).

هذه المعاني جميعها متحققه في الشخص المتعاطي للمخدرات، حيث يبدأ التأثير لديه بفتور وكسل أطرافه، وتغير في تصرفاته، وتباطؤ في القيام بأعماله، ثم ما يلبث حتى يصل التأثير إلى عقله فيضلله عن معرفة الحقائق والتمييز، وحينئذ يذبل نشاطه ويتخلف عن أداء أدواره المختلفه، بل قد يفقد حياته نهائياً بعد أن فقدها معنوياً.

أما المخدرات إصطلاحاً فلا يوجد تعريف واحد ودقيق لكلمة "مخدرات" وذلك لاختلاف التخصصات واختلاف نظرة كل منهم إليها، وفيما يلي بيان لذلك:

أولاً: في الاصطلاح الطبي:

عرفت لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية لعام 1969م، المخدر على انه: "كل مادة تدخل إلى جسم الكائن الحي، وتعمل على تعطيل واحدة أو أكثر من وظائفه" (القضاة،2004 :6).

ثانياً: التعريف العلمي:

المخدرات مواد كيميائية تسبب النعاس والنوم وغياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة (Narcotic) المشتقة من الإغريقية (Narcosis) التي تعني يخدر أو يجعله مخدراً (الحسن،1988: 23).

ثالثاً: التعريف القانوني:

المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك، وتشتمل : الأفيون ومشتقاتها والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات، ولكن لا يصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من اضرارها وقابليتها لإحداث الإدمان (أنشاصي،21:2001).

أما دولياً فقد اتفق على تعريف المادة المخدرة على أنها " كل مادة خام او مستحضرة تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر الفرد والمجتمع جسمياً ونفسياً و اجتماعياً (رفعت، 12:1985).

تستخدم منظمة الصحة تعبير المواد النفسية بدلاً من المخدرات لأن الأخير يشمل مواد واستخدامات علمية أو أخرى عادية غير محظورة أو خطرة . عندما نستخدم تعبير "المخدرات" نعني به المواد التي تُحدث الاعتماد (الإدمان) والمحرم استخدامها إلا لأغراض طبية أو علمية، أو إساءة استخدام المواد والعقاقير المتاحة للحصول على التأثيرات النفسية . وبعض المخدرات مواد طبيعية وبعضها مصنعة، وتشمل المهدئات والمنشطات والمهلوسات أو المستخرجة من نباتات طبيعية كالحشيش والأفيون والهيروين والماريغوانا والكوكايين أو المو اد التي تستنشق مثل الأسيتون والجازولين . علماً بأن هذا المصطلح قد أُسقط من نظام تصنيف الاضطربات النفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية في مراجعاته المعروفة باسم (ICD10) واستخدم مكانه " المواد النفسية" (المشرف والجوادي،2011: 28).

2-3 أنواع المواد المخدرة

تتعدد المعايير المتخذة أساساً لتصنيف المواد المخدرة وذلك لتعدد أنواع المخدرات وأشكالها، وكذلك تعدد تعريفاتها وبالتالي أصبح تصنيف المخدرات يتخذ صوراً مختلفة، وهي كالتالي:

أولاً: طبقاً لطبيعتها

1. المخدرات الطبيعية

هي مجموعة من النباتات الموجودة بالطبيعة والتي تحتوي أوراقها أو ثمارها أو مستخلصاتها على عناصر مخدرة فعالة، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتماداً وإدماناً نفسياً أو عضوياً أو كلاهما وأهمها الحشيش والأفيون والكوكا والقات، والتي تحتوي أوراقها وأزهارها وثمارها على المادة الفعالة المخدرة، كما يمكن أن يتم تناول هذه الأوراق والأزهار والثمار مباشرة (العشماوي، 1993: 34).

2. المخدرات المصنعة

وهي مجموعة من المواد الكيميائية المصنعة من النباتات والتي تسبب الهلوسات والخدع البصرية والسمعية، واختلال الحواس والانفعالات، مثل الهيروين الذي يصنع من المورفين الموجود في نبات

الخشخاش، وهي تختلف في تأثيرها عن المنومات والمهدئات، حيث تسبب المنومات والمهدئات الشعور بالهدوء والسكينة والنعاس، وتستخدم في التخدير العام، وفي علاج الصرع والأرق وتؤدي إلى الإدمان بسرعة، وهنالك أيضاً المنشطات وهي عقاقير تسبب النشاط الزائد وكثرة الحركة وعدم الشعور بالتعب والجوع، وتسبب الأرق وتؤدي أيضاً إلى الإدمان (أنشاصي، 2001: 24)، وتشمل الباريتيورات مثل باربيتال، بنتوباربيتال، سيكوباربيتال، وغيرها(الحسن، 1988: 28).

3. المخدرات التخليقية " الكيميائية"

هي مواد لا ترجع إلى أصل المخدرات الطبيعية أو إلى أصل المواد المصنعة وإنما هي مواد تركب من عناصر كيميائية، لغرض التخدير والتهدئة أو التنبيه والحفز، فتحدث التأثيرات نفسها التي تحدثها المخدرات الطبيعية (الغريب، 2008: 30). ومن هذه المخدرات الكيميائية:

المنومات والمهدئات Tranquilizer & Hypnotic: وهي المواد التي تحدث بطئاً أو نقصا في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى بطء ونقصان في بعض الوظائف الأخرى في الجسم، كالبطء في التفكير وفي الكلام، وكسل في الحركة، واسترخاء في العضلات، وهزل عام، وضعف في التنفس، وانخفاض في ضغط الدم، فيشعر المتعاطي أو المدمن بالخمول أو النعاس أو النوم جراء تعاطيه أدوية المنبهات أو االمهدئات والمسكنات، أو تناوله لنباتات القات، الكوكا أو يمكن أن تؤخد من الكفائين (الشاي، القهوة، الكولا، الكاكاو، القات، التبغ .. وغيرها) (النجيمي، 2004: 32).

المهلوسات Hallucinogens : وهي أنواع مختلفة من العقاقير مثل حبوب الهلوسة (LSD)، وتؤثر في الذهن، وتعمل على تشتيت الذهن لدى المدمن، وتسبب تسارع نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم والحرارة، وتسبب الرشح والسيلان والتنفس غير المنتظم، ومصدر هذه المهلوسات من الميكالين، فطر البتول، والقنب الهندي، وفطر الأماتيت (قازان، 2005: 32).

المذيبات الطيّارة Sedative Hypnotic: وهي مواد تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر على الدماغ والكبد والرئتين، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق، فتحدث استرخاء ودوخة، وفي بعض الأحيان هلوسة ويكون مصدرها من الفول، والأثير، الكروفورم، البنزين، أو أكسيد الأزوت (البريثن، 2006: 36).

ثانياً: طبقاً لألوانها أو مظاهرها

1. مخدرات بيضاء وتشمل المورفين والهيروين والكوكايين.

2. مخدرات سوداء وتشمل الحشيش والأفيون (موسى وآخرون،2005: 27).

ثالثاً: طبقاً لدرجة الخطورة

1. مخدرات ومؤثرات عقلية كبرى، مثل الأفيون والمورفين والكوكايين والهيروين والحشيش

2. مخدرات ومؤثرات عقلية صغرى، وهي الأقل خطراً عند استعمالها، وتمتاز بأنها تمثل جانباً كبيراً من العقاقير التي أنتجت في الأصل للأغراض الطبية والعلمية، إلا أن إساءة إستخدامها جعلها من المواد الخطرة، مما أوجب تنظيم التعامل معها، ومن هده المواد المنبهات والمنومات والمسكنات (البريثن، 2002: 37).

رابعاً: تصنيف منظمة الصحة العالمية

1. مجموعة العقاقير المنبهة : مثل الكافيين والنيكوتين والكوكايين، والأمفيتامينات مثل البنزدرين وركسي.

2. مجموعة العقاقير المهدئة: وتشمل المخدرات مثل المورفين والهيروين والأفيون، ومجموعة الباربيتيورات وبعض المركبات الصناعية مثل الميثاون وتضم هذه المجموعة كذلك الكحول.

3. مجموعة العقاقير المثيرة للخيالات [المغيبات]: ويأتي على رأسها القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش، والماريغوانا.

3-3 تاريخ تعاطي المخدرات في البلاد العربية

تشير دراسات عديدة إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات قد عرفت في المجتمعات والحضارات القديمة، كالحضارة الفرعونية والرومانية واليونانية والصينية والعربية وغيرها.

ويقال بأن الفراعنة هم أول من عرف المخدرات في منطقت نا العربية، وكان أهمها المخدرات المشتقة من نبات الخشخاش والقنب، لكن استعمال هذه النباتات وما يشتق منها من المخدرات كان مقصوراً على مجالات بعيدة عن الإدمان، حيث كانت تستعمل في مجال الطب، فالأفيون كان يستخدم لعلاج أمراض العيون وعمل مراهم لآلام الجسم، وكذلك ك ان يصنع منه مساحيق لنفس الأغراض، كما كان الخشخاش المعروف باسم نبات "شبن" في ذلك الوقت يستعمل كدواء لتهدئة الأطفال من الصراخ (البريثن، 2002: 40).

وقد عرف العرب في الجاهلية قبل الإسلام الخمر، وكذلك في بداية العهد الإسلامي حتى نزل تحريمها، وقد عرف العرب فيما بعد الأفيون والحشيش، ويذكر الباحثون أنه دخل إلى الجزيرة العربية وبعض الدول العربية الأخرى عن طريق الغزوات التي تعرضت لها الجزيرة العربية كغزو المغول، واختلاط حضارة العرب بالحضارات الأخرى، مما كان له أبعد الأثر في ترويج وانتشار هذه المخدرات في عالمنا العرب ي والإسلامي، وإن كانت في البداية تستعمل لبعض الأغراض الطبية، ثم أسيء استعمالها (القضاة، 2004: 54).

ولكن تعاطي الحشيش والأفيون لم يدخل دائرة الخطر من حيث التعاطي والإدمان إلا في عصور المماليك والعثمانيين، إذ يقول بعض المؤرخين أن إساءة استخدام الحشيش كمخدر لم يعرفها العرب إلا في القرن السابع الهجري، نتيجة لاحتكاكهم بالشعوب الأخرى التي جربت الحشيش كمخدر يبعث على السعادة والسرور.

ومع بداية القرن الحالي أخذت إساءة استعمال المخدرات تشغل بال ولاة الأمور، حيث بدأت تتدفق على البلاد كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان، وأقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، بعد أن كان التعاطي محصوراً في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضيعة في المدن، وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى، عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى مصر وتقديمه إلى الطبقة العل يا. ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين

بسرعة امتدت إلى الطبقات الأخرى، نظراً لكونه أسهل تناولاً وأنفذ أثراً، ثم أخذ الهيروين يظهر مع العمال الذين كانوا قد رحلوا إلى فلسطين أثناء الحرب للعمل مع القوات المتحاربة، وهناك شاهدوا ما يفعله الهيروين في تسكين ا لآلام للخيول وكبح جماحها، فلذَّ لهم أن يجربوه لينسيهم همومهم، وعاد الهيروين معهم يوم أن عادوا إلى بلادهم، مع مرور الوقت أخذ الهيروين يحتل المكانة الأولى في التعاطي والاتجار غير المشروع، حتى قامت الحرب العالمية الثانية وتقلصت حركة تهريب المخدرات البيضاء إلى البلاد العربية، وهنا ارتفع ثمنها، فقام التجار بترويج كميات كبيرة من المخدرات السوداء "الحشيش والأفيون" التي غمرت السوق، وبأثرها انتشر التعاطي واتسع مداه لرخص ثمنه (سويف،1996: 45).

وفي السنوات التي أعقبت حرب 196 7 قل المعروض من الحشيش والأفيون في البلاد الع ربية، نتيجة لإغلاق الطريق البري عبر سيناء في وجه المهربين، وكان من جراء ذلك أن ظهرت مشكلة إساءة استعمال المواد المؤثرة على الحالة النفسية "الباربتيورات والأمفيتامينات"، وهي مواد تحدث آثاراً مشابهة لتلك التي تحدثها المخدرات الطبيعية، وإن كانت تتسم بوفرتها و رخص ثمنها، وأغلبها لم يكن يشمله التجريم.

ونتيجة لحركة التغيير الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية التي تعرض لها العالم العربي والإسلامي منذ ستينيات هذا القرن، وعلى أثرها بدأ يلعب دوره بشكل بارز وواضح في معظم القضايا المحلية والعالمية، وأصبح لدية طاقة شبابية وفكرية واعدة، ظهر تأثيرها وتفاعلها الخارجي عما كان عليه في السابق، أضحى هذا التأثير والتفاعل مصدر إزعاج وخطر لبعض الدول التي لم تكن ترغب في هذا التأثير والتفاعل، ورغم تحرر معظم الدول العربية والإسلامية في ذلك الحين من الاستعمار والتبعية، إلا أن ال دول المستعمرة أبت ألا تترك مستعمراتها دون إحداث خلل في البيئة الداخلية لهذه الدول، فلجأت إلى غزو جديد من نوع جديد بسلاح جديد سُمَّي غزو المخدرات، عملت عن طريقه على إضعاف التركيبة الداخلية لتلك المجتمعات، وتقويض مقوماتها الأساسية وإتلاف شرايين حركته المتمثلة في شبابه، الذي إن تم السيطرة عليه ضعف تأثيره، وضعف تبعاً له تأثير هذه الدول في الإطار العالمي (اللبادنة، 1995: 23).

وطبقاً لهذه الخطة المحكمة، انتشرت المخدرات بأنواعها المختلفة وبكميات كبيرة، وغزت أغلب المجتمعات العربية حتى أشد المحافظين منها، وتبعاً لذ لك ازدادت ظاهرة الإدمان توهجاً واشتعالاً، واتسع مداها وتزايدت أعداد ضحاياها يوماً بعد يوم، وصارت تستنزف جزءاً غالياً من ثروات البلاد المالية والمعنوية.

وما يزيد الأمرخطورة أن حجم آفة تعاطي المخدرات والإدمان عليها في البلدان العربية غير معروفة تماماً، وأن م ا ينشر من أرقام وإحصاءات لا يعبر بصدق تام عن حجم المشكلة وشدتها، ففي الوقت الذي تضبط فيه حالة أو حالتين تفلت حالات كثيرة، لأن المشتركين في هذه المشكلة أطراف عديدة، تبدأ من الممول والمهرب، مروراً بالتاجر والموزع وأخيراً المتعاطي.

4-3 تاريخ تعاطي المخدرات في الأردن

خلا الأردن خلال الأربعة عقود الأولى من القرن العشرين من أي حالة إدمان، وفي الخمسينات ظهرت مشكلة المخدرات على الساحة الأردنية، وخاصة عام 1948، إبان الاحتلال الصهيوني لفلسطين، وما تبعه من هجرات فلسطينية، وما رافقها من آثار سلبية كازدياد الفقر والبطا لة في المجتمع الأردني، وانتشار المخدرات، فقد كان بعض المهاجرين معتادين على استخدام بعض العقاقير، لذلك بدأوا البحث عنها في الأردن(مديرية الأمن العام،1992).

وفي عام 1967 وعبر الحرب العربية – الإسرائيلية، هاجر عدد كبير من الفلسطينيين والعرب إلى الأردن، وازداد الطلب على المخدرات، مما أدى إلى إزياد عدد المدمنين في الأردن، وعبر عقدي السبعينات والثمانينات، ومع استقرار الوضع وازدهاره، شهد الأردن فترة ازدهار اقتصادية وتطور ثقافي وتعليمي، فزاد احتكاك الأردن بالعالم الخارجي نتيجة لذلك، وكان الطلاب الأردنيون والمهاجرون والسياح من كل الأجناس إضافة إلى العمالة الوافدة من بلدان تنتشر فيها المخدرات من أهم الأسباب التي أدت إلى زيادة الطلب على المواد المخدرة (مديرية الأمن العام، 1992). وبعد ذلك، ظهرت حبوب نفسية تؤخد عبر الفم، وكان الحصول عليها سهلاً، إذ كان هناك ازدياد في أسعار المواد الأخرى، مثل الحشيش والأفيون.

كما أن معاهدة السلام بين بعض الدول العربية وإسرائيل، بما في ذلك اتفاق الأردن وإسرائيل في عام 1994، جعل الأردن ممراً للصفقات التي كانت تتم بين الدول، وأحياناً كانت تخزن المواد فيه، ولهذا انتشرت بعض المواد، كما استغل وج ود مساحات شاسعة من الصحراء شرقي الأردن، التي تقطنها بعض القبائل العربية على أطراف البلدان في تهريب المخدرات (قازان، 2005: 48).

ومن هنا نستنتج أن الأردن عبر مراحل تطوره التاريخي قد شهد عدداً من الظروف الصعبة وخاصة بعض الاضطرابات الإقليمية مما إدى إلى استقبا له عدد من المهاجرين واللاجئيين من الدول المجاوره والتي بدورها ساعدت على انتشار المخدرات بين فئات مجتمعه، وانتقالها عبر الأردن إلى البلدان المجاورة.

كما ولا يزال الأردن يشهد مستوى حساسية عالية بالنظر إلى موقعه وسط منطقة نزاعات لها آثارها الاقتصادية والسكانيةِ والاجتماعية والسياسية، وذلك بسبب الثورات التي حدثت في البلدان العربية المجاورة، حيث تأثر بأفواج اللاجئين الجدد الذين تدفقوا من العراق وسوريا وليبيا وغيرها من الدول العربية، مما أدى إلى زيادة انتشار الاتجار بالمواد المخدرة وتعاطيها.

5-3 السياسات الحكومية والتشريعات الوطنية المتعلقة بمكافحة المخدرات

1-5-3 السياسات الحكومية

يعد الإدمان على المخدرات وترويجها جرماً قانونياً لدى معظم الدول العربية والعالمية، لذلك فإن الرقابة عليها ومكافحتها من مسؤولية المجتمع الدولي، وهناك كثير من الدول التي حاولت جاهدة مكافحة مشكلة المخدرات والإدمان عليها من خلال عدد من البرامج التي تُطلقها الحكومات المتعاقبة (قازان، 2005: 50).

كانت الجهود الأردنية في هذا الباب حثيثة، من أجل الحد من مشكلة الإدمان على المخدرات الإقليمية وضبطها، وتبنى الأردن عدداً من الأساليب لكي يحقق ذلك من خلال البرامج والمؤسسات الآتية:

أولاً: دائرة مكافحة المخدرات

تنبهت السلطات في الأردن إلى خطورة مشكلة المخدرات، منذ فترة بعيده بالرغم من كون المشكلة في ذلك الوقت لم تكن بذلك الحجم الذي يدعو إلى القلق، ومن منطلق الحرص على الحد من هذه المشكلة الآخذة بالتزايد وع ملاً بمبدأ التخطيط قبل وقوع المشكلة فقد تم تأسيس مكتب مختص بمكافحة المخدرات في عام 1968، وكان يتبع لإدارة التحقيقات الجنائية، إلاّ أن المراسلات مع المكتب العربي لمكافحة المخدرات التابع للجامعة العربية في القاهرة كانت تتم عن طريق قسم القضايا التابع لدائرة ا لجمارك العامة، وبقيت إدارة التحقيقات الجنائية مباشرة لعملها وكانت قضايا المخدرات التي يتم ضبطها تودع للمحاكم المدنية عن طريق مديريات الشرطة.

وبتوجيهات ملكية سامية، فقد قرر عطوفة مدير الأمن العام بتاريخ 1973/1/4 إنشاء إدارةٌ لمكافحة المخدرات في موقع مبنى مديرية الأمن العام الحالي بناءً على التوصية المنبثقة عن مؤتمر قادة الشرطة العرب والذي عقد في أبو ظبي آنذاك، وتعد ثاني إدارة لمكافحة المخدرات في الوطن العربي بعد الإدارة العامة في جمهورية مصر العربية.

ثانياً: اللجنة الوطنية العليا للوقاية من المخدرات

تهدف اللجنة (عام 1980) إلى توعية الناس من مخاطر تعاطي الموادالمخدرة، وكانت تعمد إلى العمل بالتنسيق مع نقابات ومؤسسات ووزارات حكومية، مثل : وزارة التربية والتعليم، الداخلية (الأمن العام)، الأوقاف، العمل، التنمية الاجتماعية، المالية، الإعلام، الثقافة، الصحة والشباب، ومع الجامعات الأردنية مثل: الجامعة الأردنية، مؤتة واليرموك، بالإضافة إلى المكتب العربي لشؤون المخدرات وغيرها من المؤسسات العامة والخاصة.

2-5-3 التشريعات الوطنية المتعلقة بمكافحة المخدرات

إن المتتبع لتاريخ مجابهة ومكافحة المخدرات، يجد أن المشرّع في هذا ا لمجال لا يدّخر جهداً في وضع القوانين والأنظمة واستخدامها كأداة بالغة الأهمية في منع آثار المخدرات المدمرة، ويجب أن

نلاحظ التعديلات والإضافات المتوالية على هذه القوانين التي تعكس مدى التغير في طبيعة المخدرات في أي مجتمع، فهي ليست مشكلة ثابتة تأخذ شكلاً واحداً، بل هي متغيرة من حيث ظهور أنواع جديدة من المواد المخدرة وتغير أساليب التهريب والاتجار والترويج والأخطار التي يتعرض لها أفراد المجتمع، كل ذلك يدعو المشرّع إلى معاودة التعديل والإضافة للتشريعات القائمة لتتماشى مع التغيرات المستجدة.

في الأردن صدر أول قانون للعقاقير الخطرة بتاريخ 5 - 4 - 1926، وقد عدل بموجب قانون العقاقير الخطرة المؤرخ في 15 - 9- 1926، وبعد ذلك صدر قانون العقاقير الخطرة الأردني لسنة 1936، وقد عدل أثناء سريانه بموجب القانون المعدل رقم 23 لسنة 1937، ثم بموجب القانون المعدل رقم 28 لسنة 1945، ثم بموجب القانون المعدل رقم 28 لسنة 1947، إضافة إلى نشر جداول ملحقة بالقوانين المتعاقبة تشمل الأدوية غير المشمولة بذلك القانون، إلى أن صدر قانون العقاقير الخطرة رقم (10) لسنة 1955، ثم عدل هذا القانون سنة 1971، وسنة 1973، ثم أخيرا صدر قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (11) لسنة 1988، وأن المادة الثانية والثلاثين منه نصت على أن يلغى قانون العقاقير الخطرة رقم (10) لسنة 1955م والتعديلات التي طرأت عليه على أن يستمر العمل بالأنظمة الصادرة بموجبه إلى أن تعدل أو يستبدل غيرها بها. وجاء هذا القانون منسجما مع مشروع القانون العربي الموحد لمكافحة المخدرات (مديرية الأمن العام، 1992).

قرر المشرع في قانون سنة 1988 تشديد العقوبة من ناحية، والتدرج بالعقوبة من ناحية أخرى بحسب القصد الجنائي سواء العام أو الخاص، وبتدقيق العقوبات نجد أنها قد بدأت بالحبس ثلاثة أشهر للأفعال غير المقترنة بقصد الاتجار أو التعاطي المادة (7)، ثم تدرجت لتصل إلى الأشغال الشاقة المؤقتة إذا ما اقترنت جريمة الاتجار بالمخدرات بالتكرار أو استخدام القاصر أو ارتكاب جريمة الاتجار من قبل المنوط بهم مكافحة المخدرات حسب المادة (8)، وتكون العقوبة الإعدام في حال ارتكاب الجريمة بالاشتراك مع العصابات الدولية أو اقتران جريمة الاتجار بجريمة دولية أخرى وكذلك إذا أفضت الجريمة إلى موت أحد القائمين على تنفيذ أحكام قانون المخدرات حسب المادة (10) (إدارة مكافحة المخدرات، 2011).

أما من ناحية التدابير الوقائية فقد نص القنون عليها في الفقرة (أ) من المادة (14) على جرائم تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وعلى عقوباتها وهي (الحبس والغرامة). إلا أنه وبمقتضى الفقرة (ب) من المادة المشار إليها أجاز القانون للمحكمة تطبيق أحد تدبيرين بدلاً من العقوبة المشار إليها، والتدبيرين هما:

1. الوضع في إحدى المصحات المتخصصة في معالجة المدمنين للمدة التي تقررها اللجنة.
2. معالجة المدمن في إحدى العيادات المتخصصة في المعالجة النفسية والاجتماعية للمدمنين والتردد على العيادة وفقاً لبرنامج الطبيب المعالج.

ونصت المادة (14/د) من قانون المخدرات والمؤثرات العقلية لا تقام دعوى الحق العام على من يتعاطى المواد المخدرة والمؤثرات العقلية أو يدمن عليها إذا تقدم قبل أن يتم ضبطه من تلقاء نفسه أو بواسطة أحد أقاربه إلى المراكز المتخصصة للمعالجة التابعة لأية جهة رسمية أو إلى إدارة مكافحة المخدرات أو أي مركز أمني طالباً معالجته.

6-3 مؤسسات العلاج من إدمان المخدرات وإعادة التأهيل

تعد مشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات الشائكة التي تظهر آثارها على الفرد والمجتمع معاً، لذلك أوجدت مؤسسات الدولة مراكز لعلاج وتأهيل المدمنين على المخدرات، ومن هذه المراكز:

1. **مركز علاج المدمنين**

تمشياً مع نصوص مواد قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (11) لعام 1988م والذي أعفى المدمن من العقوبة إذا ما أعترف بنفسه وطلب العلاج، فقد تم إنشاء مركز خاص لعلاج المدمنين، وعدم الاكتفاء بما كان يتم في السابق من حيث علاجهم لدى المركز الوطني للطب النفسي، نظراً لاقتران هذا المركز بفكرة الجنون في مجتمعنا الأمر الذي يؤدي إلى أحجام المدمنين عن الاقدام عليه.

وبتاريخ 1994/1/17 قرر معالي وزير الداخلية اعتماد المركز، ليكون تحت إشراف مديرية الأمن العام من خلال إدارة مكافحة المخدرات وبالتنسيق مع وزارة الصحة، وقد باشر المركز

أعماله ابتداء من شهر آذار عام 1994، وفي هذا المركز يخضع المتعاطي إلى برنامج تأهيلي يتضمن محاضرات تثقيفية ودينية ولقاءات عامة، وقد تمت معالجة عدد من ا لأشخاص من الإدمان على المخدرات.

جدول رقم (1): احصائية عدد الاشخاص الذين تم علاجهم في مركز علاج الادمان من عام 1994 ولغاية 2011/11/30

السنة	عدد الأشخاص
1994	85
1995	74
1996	95
1997	94
1998	104
1999	109
2000	137
2001	162
2002	140
2003	143
2004	186
2005	179
2006	178
2007	204
2008	247
2009	355
2010	492
30/09/2011	303
المجموع الكلي	3287

المصدر: إدارة مكافحة المحدرات، مركز علاج المدمنين

2. مستشفى الرشيد

يختص المستشفى في معالجة الادمان بكافة أشكاله، على الكحول، المهدئات، الهيروين، الحشيش، المنشطات، الكوكائين، الأمفيتامين، المواد الطيارة، ويتم التعامل مع مرضى الادمان بالسرية المطلقة وضمن قانون المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988 والذى يحظر على المستشفى إبلاغ سلطات الأمن باسم أي مدمن أو متعاط وبالتالي فالمدمن الذي يتقدم للعلاج من تلقاء نفسه يتمتع بحماية قانونية كاملة.

يشمل علاج الإدمان على مرحلتين، المرحلة الأولى (مرحلة الفطام) وفيها يتم إيقاف المادة التى أدمن عليها المريض، بوضع برنامج علاجي لوقف الأعراض الإنسحابية ومعالجة أي آثار نفسية أو عصبية أو جسدية من تاثير الادمان، وتاخذ هذه الفترة ما بين أسبوع الى أربعة أسابيع ا عتماداً على شدة ومدة الإدما ن، تليها (مرحلة التأهيل) والتي تشمل على العلاج النفسي الفردي والعائلي والجماعي والعلاج السلوكي والاجتماعي والديني، والتي قد تمتد من بضعة أسابيع إلى ستة شهور أو سنة وذلك حسب شدة الحالة ودرجة الخلل الذى أصاب حياة المدمن، ويتوفر في مركز مستشفى الرشيد إمكانات فحص المواد المخدره مخبريا.

3. المركز الوطني لعلاج الإدمان

يعتبر المركز من المراكز المتخصصة بمعالجة وتأهيل المدمنين وبإقامة قصيرة وطاقة استيعاب تقدر ب 60 سريرا وهو معد لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية للذكور والإناث والمراهقين على حد سواء. يقوم المركز بتنفيذ برنامج إزالة السمية (التخليص التدريجي من المادة المتعاطاة ومن الأعراض الانسحابية النفسية والجسدية)، وذلك بفترة تتراوح من اسبوع الى اسبوعين وحسب المادة المتعاطاة وبعد ذلك يخضع النزيل لاعادة التاهيل النفسي والعائلي والاجتماعي والوظيفي ولمدة اربعة أسابيع اخرى وذلك بهدف تعديل وإطفاء السلوكيات الخاطئه وعلى رأسها السلوك الادماني.

المركز يستقبل جميع حالات اساءة استعمال والادمان وعلى جميع المواد المثبطة (كالكحول والمهدئات والهروين) والمنشطة (كحبوب الامفيثامين والكوكائين) والمهلوسة والمذيبات الطيارة.

جدول رقم (2): احصائية المركز الوطني لعلاج الإدمان خلال الفترة من 2010/1 – 2010/12

الجنس	عدد الدخول	عدد الخروج	
		الاحياء	الأموات
ذكور	485	482	0
اناث	16	15	0
المجموع	501	497	0

الم

صدر: وزارة الصحة،التقرير الاحصائي السنوي 2010

7-3 تعاطي المخدرات من منظور النوع الإجتماعي

تتصف البحوث والدراسات العلمية حول تعاطي وإدمان النساء في الوطن العربي بالندرة وكذلك الإحصاءات والمراجع، وفي بعض الدول العربية يصعب التصريح بوجود نساء مدمنات بالرغم من كثرتهن، ووجود أجنحة خاصة بهن داخل المشافي النفسية وأقسام علاج الإدمان، إلا أن معظم الأجنحة تبقى فارغة، وهذا بسبب الوصمة الاجتماعية، والشروط الاجتماعية و العادات المحيطة بالمرأة، والتي تتمثل في الخوف والكتمان وعدم الاعتراف، حتى ولو وصلت المرأة (في مجتمعنا الشرقي) إلى درجة الإدمان، كما أن المضاعفات الاجتماعية والمحظورات التي تتعرض لها المرأة المدمنة كثيرة.

ويمكن أن تصبح المرأة مدمنة أو متعاطية من دون أن يشعر بها أحد، وبعض النساء يتناولن المخدرات ومن جهة ثانية يساهمن في عملية الاتجار، وبعضهن على مستوى من النساء والقدرة على إخفاء حقيقتهن، فالرجل ربما يندفع نحو المخدرات لأسباب شخصية أو ذاتية تماماً، أي من دون أن يكون مقهوراً أو مشرداً، بينما أهم الأسباب التي تدفع المرأة نحو المخدرات، وحسب الدراسات العلمية، تشير إلى وجود ثلاثة عوامل لإدمان المرأة : وهي الفقر والجهل والبطالة، والمرأة إذا عانت من هذه العوامل الثلاثة لتجد قوت يومها، أو عندما تحرم التعليم، أو عندما يكون الزوج بدون عمل، فإن الضغوط ستكون عليها شديدة مع احتمال التفكك الأسري، وتشرد الأطفال ونشوء خلافات أسرية، من هنا يبدأ الانحراف.

كثير من النساء اللاتي وراء القضبان في السجون صرحن بأن الفقر والخوف من الجوع هما اللذان دفعهنَّ نحو الاتجار بالمخدرات، وكان ذلك الخوف الخطوة الأولى نحو التعاطي والإدمان، ولكن وجدت نساء فقيرات جاهلات ويعانين من ظروف اقتصادية سيئة جداً، ومع ذلك لم يتعاطين ولم يدمنَّ، في حين بعض النساء الميسورات والمتعلمات انحرفن نحو خطر الإدمان، والواقع أن المجتمع مسؤول أيضاً عن إدمان النساء (إدارة مكافحة المخدرات، 2011: 26).

1-7-3 الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

من المعروف علمياً في مجال العلوم الاجتماعية أن لكل ظاهرة أسباب أفرزتها ونتائج مترتبة عليها، وأيضاً لكل ظاهرة علاج، ويقدر مدى النجاح في علاج هذه الظاهرة بمدى معرفة الأسباب التي أدت إليها، ولذلك في سبيل وضع علاج حاسم وسليم لظاهرة انتشار المخدرات، فإنه من الأهمية أن نتعرف على أهم الأسباب التي تؤدي إلى انتشار المخدرات وتعاطيها.

إن أسباب تعاطي المخدرات تختلف من مدمن لآخر، كما تختلف من مجتمع لآخر، ومن وقت لآخر. ولو أردنا ان نقسم أسباب تعاطي المخدرات إلى رئي سية وفرعية فإننا سنواجه صعوبة و لذلك لاختلاف المدمنين من حيث الجنس والظروف، واختلاف في المجتمعات والأزمان . رغم الكتابات الكثيرة التي تحدثت عن أسباب تعاطي المخدرات إلا انه لا يمكن تحديد الأسباب بشكل دقيق، على الرغم من أن هناك أسباباً تقوم أو تعتمد على أسباب أخرى.

بناءً على ذلك سوف نتطرق إلى كل ما يمكن أن يكون له علاقة قريبة بتعاطي المخدرات والإدمان عليها، بغض النظر عن كونه سبباً رئيسياً أو سبباً فرعياً مساعداً.

1. توفر المخدر والقرب من أماكن انتاجه:

إن وجود وتوفر المخدر مؤشر قوي على تعاطي المخدرات والإدمان عليها، ولعل أفضل مثال على ذلك نسب تعاطي الكحول والإدمان عليها على مستوى العالم، فلولا توفره وانتشاره الكبير لما سجلت اعلى نسب من تعاطي الكحول على مستوى العالم . وتوفر المخدر ذو علاقة مباشرة بالقانون، والإيديولوجية السائدة في المجتمع (سويف، 1996: 345).

كما أن توفر المادة ا لمخدرة في السوق يساعد على تعاطيها والإدمان عليها، سيما وأن هذه المادة تأخذ شكلاً تجارياً بين عرض وطلب، وبالتالي القرب من بلدان العرض والطلب يؤثر سلبياً على ذلك المجتمع ويؤدي إلى انتشار المخدرات في تلك الدول (إدارة مكافحة المخدرات، 2010: 13).

2. مفعول المخدر:

لكل نوع من أنواع المخدرات مفعول خاص به، وإن تشابهت بعض الأنواع في التصنيف العام (مخدرات، منشطات، مثبطات، مهلوسات) حيث تبقى بعض الفروق التي تميز كل نوع عن الآخر . ولمفعول المخدر في بعض الأحيان دور في تكرار التجربة، متى كان الدافع حب الاستطلاع، أما إذا كان الدافع إزالة عرض ما، أو الدخول في حالة معينة، ففي الغالب تكرار التعاطي، لما أحدثه مفعول المخدر في المرة الأولى من أثر مرغوب (البريثن، 2002: 92-93).

3. حب الاستطلاع والتجربة:

حب الاستطلاع ذو تأثير قوي على السلوك البشري، ويعطي تفسيراً لاستخدام أنواع مختلفة من المخدرات، فالعديد من الدراسات أشارت إلى ان حب الاستطلاع يشكل دافعاً قوياً قوياً نحو تعاطي المخدرات. وربما يعد حب الاستطلاع هو الطريق المؤدي للإدمان، فالفرد يبدأ التعاطي بدافع حب الاستطلاع ومنه يصبح مدمناً يسعى إلى التعرف على كل نوع جديد متاح من المخدر، ور بما يقع فريسة لنوع من أنواع المخدرات التي لا يحتاج الفرد إلى تناول جرعات عديدة منها حتى يصبح غير قادر على الاستغناء عنه مثل الهيروين.

وبجانب حب الاستطلاع كسبب لتعاطي المخدرات، تعد التجربة أحد الدوافع الشخصية نحو تعاطي المخدرات، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن غالبية المتعاطين بدأوا التعاطي بسبب الرغبة في التجربة (محمدين ، 2003: 236).

4. الشخصية:

للشخصية تأثير في تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فالشخصية الضعيفة، أو الغير متكاملة تبدو منها سلوكيات منحرفة، قد تتمثل هذه السلوكيات في تعاطي أنواع معينة من المخدرا ت. ويقصد بالشخصية الضعيفة وجود قصور مرضي في جانب أو اكثر من جوانب الشخصية . وتنقسم الشخصية إلى ثلاث جوانب، بدنية ونفسية وعقلية، وللبيئة تأثير قوي على هذه الجوانب الثلاثة.

إن الكثير من المهتمين بموضوع الشخصية يرون بأن شخصية المتعاطي أو مدمن المخدرات، أما أن تكون شخصية سوية ومتوافقة اجتماعياً، ولكن تعاطي المخدر تحت ضغوط أو ظروف بيئية شديدة، أو تكون شخصية عصابية أو ذهانية، أو سيكوباتية (البريثن 2002: 93-94).

إن الحالات المرضية والظروف النفسية القاهرة كإصابة الشخص بصدمة نفسية أو باختلال عقلي يدفعه لتعاطي المخدرات في لحظة جنون، أو لدوافع شخصية راجعة إلى صغر سنه وعدم اكتمال النضج الفكري العقلي لديه.

كما يعود سبب تعاطي والإدمان إلى عدم تكامل بناء الشخصية، فلا يكون الشخص مهيئا لحل المشكلات التي تواجهه، وقد تدفع بعض العوامل النفسية الشخص إلى المخدرات، ومن هذه الأسباب:

- الصراع بين التطلعات والطموح والإمكانات المتاحة.
- الفشل في حل الصراع بالطرق المشروعة.
- الإحساس بالاغتراب والقهر الاجتماعي.
- الرغبة في الاستقرار النفسي.

ويطمح المتعاطي للمخدرات الوصول إلى الغايات التالية (غانم، 2003: 76):

- تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات.
- الإحساس بموقف اجتماعي متميز.
- الإحساس بالقوة.
- الإحساس بالانتماء إلى جماعة غير جماعته.
- التغلب على الإحساس بالدونية.
- الخروج على القوالب التقليدية للحياة.

- الهروب من المشاكل.
- زيادة المرح.

5. الأسرة:

أدت الحياة العصرية الحديثة إلى ظهور العديد من المشكلات الأسرية الت ي نتج عنها تفكك كيان الأسرة وانهيارها،وعلينا أن لا ننسى دور المحيط العائلي في دفع المرأة إلى الانحراف وتعاطي المخدرات، لأن تعاطي أحد الوالدين أو كلاهما للمخدر وكذلك الزوج والأخوة من أقوى الأسباب التي تدفع المرأة إلى التعاطي، ومن أهم هذه المشكلات:

- **الخلافات الأسرية العنيفة:** إن المحيط الاجتماعي الذي يسوده التفكك الأسري (حالات الطلاق) أو الانشقاق العائلي، عادة ما يساعد على الإنحراف وتعاطي المخدرات خاصة في حالة ضعف وإنعدام الرقابة الأسرية، وهو ما يفسر خلل أو فشل الأسرة في أداء وظيفة التنشئة الاجتماعية . كما وإن اضطراب العلاقات بين الأب والأم، وظهور ذلك أمام الأبناء يؤدي إلى عدم الاستقرار في نفوسهم، وينجم عنه ظهور الاضطرابات في شخصية الابناء، مما يدفعهم إلى ممارسات سلبية ومن ضمنها تعاطي المخدرات (الخالدي، 1987: 74). وقد دلت الدراسات المختلفة على أن اختلال العلاقات بين الوالدين لها آثارها السلبية على الطفل، وتتمثل تلك الآثار في هروب الطفل إلى الشارع، أو هروبه من الواقع الذي يعيش فيه من خلال انحرافه نحو تعاطي المخدرات.
- **غياب الرقابة والحوار الأسري:** حيث يوصف البيت الذي لا رقابة على الأبناء فيه بالمتصدع، وهو الذي ينشأ عن غياب أحد الوالدين أو كليهما، سواء بالموت أو الطلاق، أو هجر أحد الزوجين للآخر، أو انشغال أحد الزوجين بالعمل لدرجة عدم استطاعته الإشراف على تربية الأبناء.

إن لغياب دور البيت وضياع السلطة الأبوية نتائج سيئة تهيء للانحراف نحو تعاطي المخدرات (غباري،1991: 86)، لأن غياب الرقابة والحوار الأسري يعطي الابناء الحرية في في الذهاب والإياب للبيت في أي وقت يريدون، والبقاء خارج البيت مدة طويلة تمتد إلى أيام، ومصادقة رفاق السوء، وهذا يسهل عليهم وقوعهم فريسة لهذة السموم القاتلة.

- **ضعف التوازن في أساليب التربية السليمة :** إن جهل الوالدين بأساليب التربية السليمة وخلخلة القيم والمعايير السلوكية في نصحهم وتوجيههم، كالاهمال، والنبذ، والمعاملة القاسية والتأديب من خلال الضرب الشديد والتوبيخ والإهانة والتحقير والإزدراء والسخرية، تولد عند الأبناء شخصية عدوانية تسلطية محبطة تعجز عن التفا عل مع المجتمع (السعد، 1997: 48)، كما تؤدي بالأبناء إلى ترك البيت نهائياً تخلصا مما يعانون من قسوة في التعامل، وهذا يدفع إلى الانحراف، فيقبلون على تعاطي المخدرات كملاذ يخدر الاحاسيس تجاه واقع مرير يعيشون فيه(القضاة،2004: 98).

- **التطبيع الأسري الناشز :** تتركز التنشئة الاجتماعية في البداية على الأسرة التي تعتبر الخلية الأولى لتنشئة وتعليم القيم والأخلاق السليمة في المجتمع، لكن استخدام المربيات والعمالة الوافدة من عاملات المنازل، أدى إلى فرض تنشئة اجتماعية غير طبيعية لأطفال الأسر التي تستخدم هذه العمالة الوافدة، أي أن هؤلاء الأطفال يخضعون إلى تطبيع منزلي غير أبوي، تشرف عليه مربيات ذوات أديان وثقافات ولغات وعادات وتقاليد تختلف تماما عن الموجودة بمجتمعنا، مما ينشأ عنها تطبيع ناشزٍ متخلخلٍ مليئٍ بالتناقضات والسلبيات، وبعيد عن التربية الإسلامية والعربية السليمة، وبالتالي التأثير على تكوين الأبناء ونشأتهم الشخصية، واندماجهم الاجتماعي، واختلال في توازنهم السلوكي، وميل بعضهم إلى ممارسة بعض السلوكيات المنحرفة كتعاطي المخدرات (السعد، 1997: 49).

- **تعاطي الأبوين أو أحدهما أو أحد افراد الأسرة :** أثبتت دراسات عديدة ان وجود شخص في الأ سرة يتعاطى المخدرات يرجح انخراط شخص آخر في التعاطي، إما تقليداً للشخص الأكبر، أو بتشجيع أو حتى تغاض منه، أو يكون الترجيح عائداً إلى حالة التشابة في الظروف الداعية إلى التعاطي (البريثن، 2002: 94).

6. جماعة الرفاق والأصدقاء:

تلعب جماعة الرفاق دوراً كبيراً في التأثير على اتجاه الفرد نحو تعاطي المخدرات، فالعديد من الفتيات قد يحصلن على المخدرات من فتيات منحرفات، أو من أصدقائهن الشباب أو الرجال الأكبر منهن في السن، وغالباً ما يتم تعاطي المخدرات خلال التجمعات في أماكن معينة، هذه التجمعات التي تؤثر سلبياً على سلوك ا لأفراد، فمجاملة اصدقاء السوء من أقوى العوامل الدافعة إلى تعاطي المخدرات نتيجة للتقليد الأعمى . حيث أثبتت الدراسة التي أجراها ستيرك (Sterk) والتي

توصلت إلى أن النساء المتعاطيات للكوكايين بدأن التعاطي بتشجيع من أصدقائهن ورغبة منهن في المرح والتجربة (Sterk،1996:23).

7. وقت الفراغ:

وقت الفراغ هو الوقت الذي يحسب خارج وقت العمل أو الدراسة، وخارج الأعمال والارتباطات الاجتماعية الأخرى. ويؤدي وقت الفراغ إذا لم يواكبه عقل واع وأماكن ترويحية مناسبة فيما ينفعه، إلى الانحراف وتعاطي المخدرات في كثير من الأحيان، لأن الفراغ مؤثر مهم فيما يتعرض له الفرد من الضجر والسأم والشعور بالاغتراب، مما يدفع إلى ملء هذا النوع بأي عمل كان خصوصاً لدى الشباب لما يمتازون به من نشاط وحيوية وطاقة تبحث عن أسباب اللهو، واللجوء في كثير من الأحيان إلى المقاهي والسفر إلى المجتمعات التي توفر المخدرات (القضاة،2004: 100).

8. وسائل الإعلام:

لا نستطيع أن نلغي الدور الإيجابي الذي تقوم به وسائل الإعلام، والذي يساعد ويساهم في تنمية خبرات ومعلومات الأفراد في مجالات هامة، حيث أصبحت وسيلة هامة لتعليم وتثقيف الأفراد ولكن المشكلة الأساسية تتعلق بعد وجود التوجيه والر قابة من قبل الأسرة والدولة في نوع الأفلام المعروضة، حيث تساهم وسائل الإعلام في عرض صور مضللة للحقائق والمعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات مما يضلل ذهن مشاهدي التلفزيون (السناري، 2010: 98).

هناك الكثير من البرامج الإعلامية التي توجه لمكافحة المخدرات والتوعية من أضرارها وآثارها السلبية، تحمل في طياتها بعض السلبيات التي تحول دون وصول المعلومة بما يتسق مع تحقيق الهدف المقصود، مما يساهم في بعض الحالات بزيادة انتشار المخدرات بدلاً من خفضها والحد منها. وعليه فإن الإعلام الخاص بقضايا حساسة مثل تعاطي المخدرات يحتاج إلى معلومات متكاملة وخبراء مختصين في جميع المجالات المتعلقة بالظاهرة (السعد، 1999: 113).

9. ضعف الوازع الديني:

يعتبر ضعف الوازع الديني لدى الفرد، وعدم قيام الأسرة والمجتمع بإبراز الأوامر والنواهي الدينية المتعلقة بالمخدر على نحو مناسب ، من الأمور الدافعة إلى ت عاطي المخدرات، حيث يؤثر ضعف

الوازع الديني على شخصية الإنسان، إذ تتولد لديه عدم مبالاة في قضايا التحريم والتحليل . وتعبر المخدرات عن أكبر الأشياء حرمة وأكثرها ضرراً على الإنسانية . ومع هذا تكون هناك دوافع أخرى تشاطر ضعف الوازع الديني للانحراف نحو المخدرات، كا لاعتقاد بعدم تحريمها أو وجود عوامل ترتبط وتتفاعل مع هذا العامل.

10. رسوخ مفاهيم خاطئة والجهل بمضار المخدرات:

تؤخذ أنواع معينة من المخدرات لأهداف معينة، كأغراض صحية وهمية أو لوهم زيادة الباءة والنشاط الجنسي، أو للهروب من الواقع المرير، أو لغير ذلك من الأسباب ال تي قد تكون وهمية أو حتى نسبية الصحة، بحيث عند قياسها مع مضار الإدمان تبدو في غاية التفاهة. فضلاً عن أن غالبية المفاهيم لا تعدو أن تكون وهمية أو من قبيل الدعاية والإعلان الزائف غير المستند على أسس وحقائق علمية ثابتة أو حتى شبة ثابتة (البريثن، 2002: 97).

يلجأ الكثير من مروجي المخدرات إلى خداع الشباب ودفعهم إلى تعاطي المخدات من خلال إقناعهم بفائدتها من حيث تقوية الجسم ومنحه طاقة هائلة، مستغلين في ذلك جهل الشباب في معرف ماهية هذه المواد وأضرارها، وإن ما يقصده المروجون هو الأثر الآني أو السريع والذي لا يدوم أكثر من ساعات معدودة ولا يتكرر لأكثر من مرة أو مرتين على الأكثر لكنهم يخفون حقيقة أن تعاطي هذه المواد تؤدي إلى الاعتماد النفسي والبدني، ليفقد الإنسان ذلك الأثر السريع ويبدأ الأثر الحقيقي للمخدرات (إدارة مكافحة المخدرات،2010: 34).

11. السفر للخارج (للدراسة أو للعمل):

إن الاغتراب والسفر إلى دول الانفتاح والتحرر، والاختلاف الثقافي والعقائدي ، وإتاحة الفرصة للانخراط بتلك المجتمعات والتأثر بأنماط سلوكهم وعاداتهم وتقاليدهم دون وعي وإدراك ودون رسوخ العقيدة والإيمان بالأخلاق الحميدة، وكل ذلك يؤدي بهم إلى الانسياق إلى تعاطي المخدرات، وعند عودتهم ينقلون ما أصبحوا عليه إلى أبناء بلدهم من خلال الصداقات (البريثن،2002: 98).

12. البيئة الطبيعية والاجتماعية:

البيئة هي البيئة الطبيعية، فالبيئات التي تنتشر فيها المخدرات أو تزرع أو تصنع فيها ينتشر تعاطي المخدرات بشكل كبير. أما البيئة الاجتماعية فهي موقف المجتمع من المخدرات وتعاطيها، فقد يكون المخدر جزءا من ثقافة المجتمع من المخدرات وتعاطيها، وهذا مؤشر على انتشار ذلك النوع بين فئات المجتمع، كانتشار المشروبات الكحولية المخمرة (الواين بأنواعه وما شابهه) في المجتمع الفرنسي مثلاً. وقد تكون المخدرات ممنوعة ومحرمة كما هو الحال في المجتمعات الإسلامية، وبالتالي يكون تعاطي المخدرات سلوكاً ممقوتاً يحد من انتشارها، وعليه تقل نسب المدمنين، مقارنة بالشعوب الأخرى (سويف، 1996: 421).

13. ظروف العمل

يكون لطبيعة العمل الوظيفي دور مساعد مع بعض الحالات للوقوع في تعاطي المخدرات، فيسهم هذا العامل في تعاطي المخدرات من خلال طبيعة العمل ومتطلباته أو الجو الوظيفي أو البيئة الوظيفية التي هي مكان العمل. كالذي يتطلب عمله السهر المتواصل أو السفر الدائم أو العمل الشاق والمجهد أو الذي يعمل في شركة لتصنيع الخمور أو العقاقير (سويف، 1996: 67).

14. العمالة الوافدة:

يختلف الوافد عن المجتمع القادم إليه بالعادات والتقاليد، فقد يحمل معه عادات تبدو سليمة ومباحة في بلده ولكنها غيرمقبولة عندنا،وهو لا يجد حرجاً في العيش بالطريقة التي تعود عليها في بلده، ومن خلال هذا التنوع والتباين في أنماط المعيشة، فإنه ومما لا شك فيه سينقل العدوى إلى الآخرين الذين لديهم استعداد لتقبل تلك العادات سواء للمجاملة أو للتقليد أو للتجربة، مما يساعد في إبراز بعض العادات السئية المنحرفة في المجتمع، ومنها تعاطي المخدرات والإدمان عليها (السعد، 1997: 81).

15. التغير في المعايير الاجتماعية

يرى عبد اللطيف أن "السلوك المنحرف يعرف بأنه (انتهاك القواعد) والذي يتميز بدرجة كافية من الخروج على حدود التسامح العام في المجتمع، كما يرى Kaplan أن فقدان المعايير وصراع القيم

الفردية مع القيم المجتمعية يؤثر على سلوك الأفراد ويدفعهم نحو فقدان التوازن الاجتماعي والاتجاه نحو الانحراف بشكل واضح، كما قد يؤدي التغير المفاجئ في القيم إلى إتجاه أفراد المجتمع نحو ممارسة بعض ألوان السلوك المنحرف وتعاطي المخدرات، وذلك حين يوجد فرق كبير بين مجتمع صناعي ومجتمع زراعي أو نامٍ، وقد يتغير المجتمع ويأخذ شكلاً جديداً، ويتغير أسلوب المعيشة نتيجة عدة عوامل قد تكون راجعة إلى الهجرة، الثورة المفاجئة في المجتمع، نمط العمل والذي قد يؤثر على تماسك الأسرة، وتؤثر على أفرادها نتيجة الصراع بين أسلوب الجياة الجديدة والأسلوب القديم، وقد يكون تناول أوتعاطي المخدرات من ج انب أفراد المجتمع ملجأ للهروب من هذا التغير المفاجئ وغير المناسب لهم" (عبد اللطيف، 1992: 58).

16. انتشار البطالة وسوء الأوضاع الاقتصادية

إن عدم وجود فرص العمل المناسبة، من الأمور التي تدفع إلى تعاطي المخدرات وتجارتها بغرض الهروب من الواقع نتيجة الشعور بالإحباط ، وسوء الأحوال الاقتصادية مقارنة بتزايد متطلبات الحياة (العيسوي، 2004: 67).

3-7-2 الآثار التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

إن أضرار المخدرات ومخاطرها الصحية والاجتماعية والاقتصادية قد تضخمت لدرجة أصبح معها هذا الأمر وكأنه حرب حقيقية يجب أن تعلن له حالة الطوارئ. فأضرار تعاطي المخدرات وإدمانها تتخطى حدود الفرد والأسرة والمجتمع، بل والمجتمعات كلها والإنسانية بوجه عام، كما تتخطى حدود الحاضر والمستقبل القريب والبعيد، فهي خراب خلقي واجتماعي ومادي ومعنوي وصحي وفكري وثقافي، إنهاء داء رهيب يفتك بالفرد والأسرة والمجتمع من كل النواحي، إنها لعنة تصيب الفرد وكارثة تحل بالأسرة وخسارة تلحق بالوطن.

ونظراً لتعدد الأضرار والآثار التي تنجم عن تعاطي المخدرات سندرسها بنوع من التجزئة والتقسيم وإن كانت مترابطة.

3- 7- 2- 1 الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات

تعد الآثار الاجتماعية الأكبر والأعظم؛ كونها ليست مقتصرة على الفرد المتعاطي بل تمتد إلى الأسرة والحي والرفاق ، ثم إلى المجتمع بشكل عام، فتهدد استقرار المجتمع وأمنه.

إن تعاطي المخدرات يحطم إرادة الفرد المتعاطي ذلك لأن تعاطي المخدرات يجعل الفرد فاقدا لكل القيم الدينية والأخلاقية، ويتعطل عن عمله الوظيفي والتعليم مما يقلل من إنتاجيته ونشاطه اجتماعياً وثقافياً، وبالتالي يحجب عنه ثقة الناس به ويتحول بالتالي بفعل المخدرات إلى شخص كسول سطحي، غير موثوق به، ومهمل ومنحرف في المزاج والتعامل مع الآخرين.

من أضرار المخدرات على الفرد ما يلي:

1. المخدرات تؤدي إلى نتائج سيئة على الفرد سواء بالنسبة لعمله، أو إرادته أو وضعه الاجتماعي وثقة الناس به. كما أن تعاطيها يجعل من الشخص المتعاطي إنساناً كسولا ذا تفكير سطحي، يهمل، أداء واجباته ومسؤولياته، وينفعل بسرعة ولأسباب تافهة. وذا أمزجة منحرفة في تعامله مع الناس، كما أن المخدرات تدفع الفرد المتعاطي إلى عدم القيام بمهنته ويفتقر إلى الكفاية الحماس والإرادة لتحقيق واجباته مما يدفع المسؤولين عنه بالعمل أو غيرهم إلى عزله من عمله أو تغريمه غرامات مادية تتسبب في اختلال دخله.

2. عندما يلح متعاطي المخدرات على تعاطي مخدر ما، ويسمى بـ (داء التعاطي) أو بالنسبة للمدمن يسمى بـ (داء الإدمان) ولا يتوفر للمتعاطي دخل ليحصل به على الجرعة الاعتيادية (وذلك أثر إلحاح المخدرات) فإنه يلجأ إلى الاستدانة وربما إلى إعمال منحرفة وغير مشروعة مثل قبول رشوة والاختلاس والسرقة والبغاء وغيرها . وهو بهذه الحالة قد يبيع نفسه وأسرته ومجتمعه.

3. يحدث تعاطي المخدرات للمتعاطي أو المدمن مؤثرات شديدة وحساسيات زائدة، مما يؤدي إلى إساءة علاقاته بكل من يعرفهم . فهي تؤدي إلى سوء العلاقة الزوجية والأسرية، مما يدفع إلى تزايد احتمالات وقوع الطلاق وانحراف الأطفال وتزايد أعداد الأحداث المشردين وتسوء العلاقة بين المدمن و جيرانه، فتحدث الخلافات والمناوشات والمشاجرات التي تدفع به أو بجاره إلى دفع ثمن باهضً. كذلك تسوء علاقة المتعاطي والمدمن بزملائه ورؤسائه في العمل.

4. إن إختلال التوازن والتفكير يؤدي بالفرد إلى عدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع الآخرين ولا حتى مع نفسه مما يتسبب في سيطرة عدم التكيف وسوء التوافق والتواؤم الاجتماعي على السلوكيات وكل مجريات حياته الأمر الذي يؤدي به في النهاية إلى الخلاص من واقعة المؤلم بالانتحار. فهناك علاقة وطيدة بين تعاطي المخدرات والانتحار،وتشير سجلات الوفيات إلى أن هناك عددا كبيرا من حالات الوفاة التي سجلت كان السبب فيها هو تعاطي جرعات زائدة من المخدر.

5. المخدرات تؤدي إلى نبذ الأخلاق وفعل كل منكر وقبيح وكثير من حوادث الخيانة الزوجية تقع تحت تأثير المخدرات (بني عطا والحوامدة، 2006: 364-366).

أما تأثيرها على الأسرة والتي تعد الأساس في المجتمع، إذا صلحت صلح المجتمع، وإذا فسدت الأسرة فسد المجتمع ، فالأسرة أهم عامل يؤثر في التكوين النفساني للفرد، لأنه البيئة التي يحل بها فتحتضنه فور ان يرى الحياة. ووجود خلل في نظام الأسرة من شأنه أن يحول دون قيامها بواجبها التعليمي لأبنائها. ونستطيع القول إن تعاطي المخدرات يصيب الأسرة والحياة الأسرية بأضرار بالغة من وجوه كثيرة أهمها:

- ولادة الأم مدمنة المخدرات أطفالاً مشوَّهين.

- يقل دخل الأسرة الفعلي مع زيادة الإنفاق على تعاطي المخدرات مم ا يؤثر على أوجه الإنفاق الأخرى، ويصاحب ذلك انخفاض المستوى الصحي والغذائي والاجتماعي والتعليمي لدى الأسرة، مما يؤدي إلى انحراف بعض أفراد الأسرة لغياب القدوة الممثلة في الأب والأم، ولتوافر إلحاح الحاجة التي تدفع الأطفال إلى أدنى الأعمال لتوفير الاحتياجات الم تزايدة في غياب العائل.

- يسود جو الأسرة العام توتر وشقاق، وخلافات مستمرة بين أفرادها، وقد يؤدي ذلك إلى تأخر الأبناء دراسياً. ويصبحون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب والخوف الاجتماعي ويكونون أكثر عرضة للتشرد والانحراف.

- وقوع بعض أفراد الأسر ة في التعاطي تقليداً وحب فضول وعدم دراية بعواقب الأمور نتيجة لمشاهدته المتعاطي الذي يقوم بعادات غير مقبولة لدى الأسرة حيث يتجمع عدد من المتعاطين في منزله وربما يستمرون إلى اليوم التالي، إضافة إلى ما يعتري افراد لأسرة من مشاعر الخوف والقلق خشية إيذاء المتعا طين أنفسهم لأنهم يفقدون وعيهم كما يفقدون ضبط انفعالاتهم . وكذا الخشية من ان تتم مداهمة المنزل من قبل الجهات المسؤولة، بغرض ضبط المخدرات والمتعاطين (الزراد وأبو مغيصيب، 2001: 198).

3- 7- 2- 2 الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات

1. تفشي البطالة والفقر في المجتمع بسبب إنفاق نسبة كبيرة من الدخل في شراء المخدرات، بالإضافة إلى ركون المتعاطي إلى الكسل وعدم العمل.
2. يؤدي التعاطي والإدمان على المخدرات إلى فقدان الإنسان دوره في المجتمع واعتماده اقتصادياً على غيره.
3. يؤثر تعاطي المخدرات على الوضع الاقتصادي بسبب كثرة التهريب، و هجرة العملة بدون عوائد أو فائدة، كما تقل الإنتاجية، وبالتالي ينخفض مستوى الدخل، وتزداد تكاليف المعيشة، وتحتد الفوارق بين طبقات المجتمع.

4. قد يؤدي تعاطي المخدرات إلى الثراء غير المشروع للمهربين والمروجين مقابل ضعف اقتصاد الدولة وزيادة الفروقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع، ويؤدي إلى نقص إيرادات الخزينة العامة للدولة من عائدات الضرائب، مما يؤدي إلى الضغط على العملة المحلية.
5. العقاقير المخدرة المحظورة مصدر مهم من مصادر تمويل الإرهاب.
6. العقاقير المخدرة سبب رئيسي في عمليات غسل الأموال.
7. تكديس الأموال بيد فئات معينة نتيجة الاتجار بالمخدرات يجعلهم قادرين على التأثير في أنظمة الحكم، وقد يصلون إلى المراكز الحساسة في الحكومات من غير كفاءة، وقد يتخذون قرارات تسيء إلى أوطانهم والإنسانية (المشرف والجوادي، 2011: 60)

3- 7- 2- 3 الآثار الصحية لتعاطي المخدرات

لقد ثبت علمياً بما لا يدع مجالاً للشك أن تعاطي المخدرات أياً كان نوعها يؤثر تأثيراً مباشراً على أجهزة البدن، من حيث القوة والحيوية والنشاط، ومن حيث المستوى الوظيفي لأعضاء الجسم وحواسه المختلفة، ومن هذه الآثار:

1. فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال، والضعف المصحوب بإصفرار الوجه أو اسوداده لدى المتعاطي، كما تسبب قلة النشاط والحيوية وضعف المقاومة للمرض الذي يؤدي إلى دوار وصداع مزمن مصحوباً باحمرار في العينين، ويحدث اختلال في التوازن والتآزر العصبي.
2. يؤدي تعاطي المخدرات إلى تهيج موضعي للأغشية المخاطية في الجيب الأنفية، والشعب الهوائية وذلك نتيجة تكون مواد كربونية تترسب في تلك الشعب، ينتج عنها التهابات رئوية مزمنة، قد تصل إلى الإصابة بالدرن الرئوية، والسرطان، وتوقف التنفس الفجائي.
3. يُحدث تعاطي المخدرات اضطراباً في الجهاز الهضمي والذي ينتج عنه سوء الهضم وكثرة الغازات والشعور بالانتفاخ، والامتلاء والتخمة، والتي عادة ما ينتهي إلى حالات من الإسهال أو

الإمساك خاصة عند تناول مخدر الأفيون، كذلك يسبب التعاطي التهاب المعدة المزمن حيث تعجز عن القيام بوظيفتها في هضم الطعام . كما يسبب التهاباً في غدة البنكرياس التي تفرز هرمون النسولين، والذي يقوم بتنظيم مستوى السكر في الدم.

4. يؤدي المخدر إلى إتلاف الكبد وتليفه، لأن المخدر يحلل خلايا الكبد، ويحدث بها تليفاً، وزيادة في نسبة السكر، مما يؤدي إلى التهاب وتضخم في الكبد وتوقف عمله بسبب السموم التي تعجز الكبد عن تخليص الجسم منها.

5. يسبب المخدر التهاب المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكونه، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة، وإلى الهلاوس السمعية والبصرية والشمية والذوقية.

6. يسبب إدمان المخدرات اضطرابات في عمل القلب، والأوعية الدموية، ومرض القلب الحولي، والذبحة الصدرية، وارتفاع ضغط الدم، وانفجار الشرايين، وفقر الدم الشديد وتكسر كرات الدم الحمراء، وتسمم نخاع العظام الذي يصنع تلك الكرات . ويؤثر على النشاط الجنسي، حيث تنقص المخدرات إفرازات الغدد الجنسية، مما يخفض القدرة الجنسية.

7. يؤدي إلى التورم المنتشر وسيلان الدم وارتفاع الضغط الدموي في الشريان الكبدي.

8. ويؤدي إلى الإصابة بنوبات صرعية بسبب التوقف عن استخدام المخدرات دون علاج وذلك لاعتماد الجسم عليها.

9. يؤدي تعاطي المخدرات للمرأة الحامل المدمنة مشاكل صحية مثل اضطرابات الدورة الشهرية وفقر الدم، ومرض القلب، والسكري، والتهاب الرئتين، والكبد والإجهاض العفوي، ووضع مقلوب للجنين الذي يولد ناقص النمو، هذا إذا لم يمت في رحم الأم، ويمكن أن تحدث تشوهات لدى الأطفال حديثي الولادة.

10. يسبب إدمان المخدارات الإصابة بأشد الأمراض خطورة مثل السرطان، ويمكن أيضا أن تنتقل الإصابة بفيروس الإيدز (مرض نقص المناعة) بسبب الأدوات المستخ دمة في الحقن والتعاطي. كما يسبب الإدمان تضخماً في الغدد اللمفاوية بسبب اضطراب الجهاز المناعي (سويف، 1996: 165).

أما المرأة بخصوصية فقد أكدت العديد من الأبحاث على أن آثار المخدرات تتغلغل في الدم الذي يصل إلى جميع خلايا الجسم، وكذلك في جميع الخلايا العصبية، وبالتالي فهذه الآثار تشمل الحيوانات المنوية للذكر والتي تنتقل إلى بويضة الأنثى عند التلقيح وبذلك يكون العلقة المتكونة منها مريضة، ويكون نهايتها الإجهاض، وهو طرد الجنين خارج الرحم قبل ميعاده، أو ولادة ط فل قبل بلوغ كمال نموه الطبيعي (ولادة مبكرة)، وهذا أمر له مضاعفات خطيرة على صحة الأم وصحة الطفل قد تصل إلى أن تؤدي بحياتها (منصور، 1989: 162).

و المرأة المدمنةلا يقف حد الضرر عندها فقط، بل يمتد ليؤثر على جنينها وهي حامل أو طفلها الرضيع بعد الولادة، فقد أثبتت الدراسات العلمية في هذا المجال أن جميع أنواع المخدرات تصل إلى الجنين عن طريق "المشيمة" وفي حالة إدمان الأم تتزايد الجرعة التي تصل إلى الجنين يوماً بعد يوم إلى أن تؤثر كلياً على تغذية الجنين داخل رحم أمه . بما يضعفه ويمرضه، فيكون عرضة للسقوط قبل موعد اكتمال نموه، وهنا يحدث الإجهاض ويولد بذلك ناقص النمو وأقل من الوزن الطبيعي وقد يكون مشوهاً، وقد يكون مصاباً بأمراض خلقية قد تؤدي إلى وفاته بعد ولادته مباشرة كما تؤثر تلك المخدرات على المراكز الحيوية في مخ الجنين، مثل مركز التنفس ومركز تنظيم ضربات القلب قبل الولادة، مما ينتج عنه ولادة طفل مصاب باضطرابات شديدة في عمل ية التنفس أو يعاني من سرعة ضربات القلب ويعيش بذلك مريضاً إلى أن يتوفى.

وإذا كانت مجرد جرعة بسيطة من المسكنات تتناولها الأم لتخفيف آلام الولادة تؤدي أحياناً إلى اضطرابات في تنفس المولود، وهبوط درجة استجابة مراكز المخ، فما بالنا بأثر الجرعات المتعددة التي تتناولها الأم المدمنة سواء على الجنين في بطنها أو على الطفل بعد ولادته، حيث تفرز هذه السموم مع حليب الأم بكميات كثيرة تؤدي إلى أضرار بالغة بالطفل الوليد . فمعظم أولاد المدمنين يكونون عرضة للتشنجات العصبية وسرعة التهيج، وبجانب ذلك يكونون ضعيفي الجسم لأنهم عادة يميلون إلى النوم بكثرة وهذا لا يعطيهم فرصة التغذية السليمة عن طريق الرضاعة، مما يعرضهم لسوء التغذية ولذلك نجدهم خائري القوى، وعادة يكونون معرضين للأمراض المتعددة التي تجد في أجسامهم مرتعاً خصباً، مثل النزلات المعوية والالتهابات الرئوية وأعراض الهستريا، هذا إلى جانب فساد الأخلاق وضعف التنفس والميل إلى الإجرام وغيرها من الصفات التي يتصف بها متعاطو المخدرات ومدمنوها (منصور، 1989: 167-170).

تؤثر المخدرات في الغدد التناسلية (الذكور والإناث) ما يؤدي إلى البرود الجنسي، والمرأة تصبح من مؤيدي الإباحة الجنسية، وقد تضطر لممارسة الدعارة لتأمين ثمن المخدر وهذا مدخل خطير يؤدي إلى الإصابة بأمراض معدية وأمراض تناسلية، كما يلاحظ عليها علائم الاسترجال وخشونة الصوت، واصفرار الوجة، وجفاف الجلد، وقد تميل إلى ممارسات جنسية شاذة تأخذ المدمنة فيها دور الرجل (السحاق). إضافة إلى أن المراة المدمنة لا تأكل بطريقة سليمة فتعرض نفسها إلى سوء التغذية وكثير من الأمراض أيضاً (إدارة مكافحة المخدرات، 2011: 27).

كما أن هناك علاقة ارتباط طردي بين تناول المخدرات والعقم، وأن المخدرات تؤدي إلى انقراض عائلات برمتها في العقب الأول أو الثاني أو الثال ث، فالنساء المدمنات تختلف عندهن الدورة الشهرية، حتى وإن حملن فهن معرضات للإجهاض المستمر واضطراب الدورة الشهرية، بما يؤثر على المبيضين حتى يتوقفا عن التبويض وتفقد الخصوبة، وفي الرجال المدمنين تضمر الخصيتان وتتوقفان عن إفراز الحيوانات المنوية.

ومن المعلوم أن المخدرات تؤثر في نشاط الغدة النخامية التي تنظم عمل باقي الغدد الصم في الجسم، وهذا يقلل من الهرمونات المنمية للغدد التناسلية، ما يؤدي إلى ضمور المبيضين عند النساء، وضمور مناطق الإثارة لدى المرأة، كما أن الكبد تصاب بالضعف وهذا يؤدي إلى عدم تمثيل الهرمونات لدى الأنثى والذكر وطرحها خارج الجسم، فتتراكم وتؤدي إلى مظاهر الرجولة أيضاً، مثل صغر حجم الثديين فتفقد قدراً كبيراً من الأنوثة كما تعاني من تساقط الشعر (إدارة مكافحة المخدرات، 2011: 27).

3- 7- 2- 4 الآثار النفسية لتعاطي المخدرات

1. يحدث تعاطي المخدرات اضطراباً في الإدراك الحسي العام وخاصة ما يتعلق بحواس السمع والبصر، ويُحدث تحريفاً عاماً في المدركات، هذا بالإضافة إلى خلل في إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء واختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول، واختلال إدراك الحجم بالاتجاه نحو التضخم.

2. يؤدي تعاطي المخدرات إلى اختلال في التفكير العام، وصعوبة وبطء فيه. ويؤدي ذلك إلى فساد في الحكم على الأمور والأشياء ويصاحب ذلك تصرفات غريبة، إضافة إلى الهذيان والهلوسة وعدم التركيز وربما أدى إلى فقدان الذاكرة.

3. تؤدي المخدرات إلى نتائج نفسية مثل القلق والخوف والتوتر المستمر، والشعور بعدم الاستقرار، والشعور بالانقباض، مع عصبية وحِدّة في المزاج، وإهمال المظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه.

4. تحدث المخدرات اختلالاً في الاتزان، والذي يُحدث بدوره بعض التشنجات، والصعوبات في النطق، والتعبير عما يدور في ذهن المتعاطي، بالإضافة إلى التثقل والصعوبة في المشي.

5. يُحدث تعاطي المخدرات اضطراباً في الوجدان، فينقلب المتعاطي من حالة المرح والنشوة والشعور بالرضا والراحة والسعادة إلى الندم والفتور والإرهاق والخمور والاكتئاب وضعف المستوى الذهني، ويعيش واقعاً مؤلماً تتشوش فيه الأفكار ويختل السلوك.

6. تتسبب المخدرات في حدوث العصبية الشديدة والحساسية الزائدة، والتوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التكيف، والوافق الاجتماعي.

7. تسبب المخدرات اضطرابات انفعالية، ومن ذلك:

- الاكتئاب: حيث تنتاب المتعاطي أفكار غير عقلانية ومشاعر سوداوية مؤلمة تتسبب في التردد في اتخاذ القرارات . هذا ويتسم الشخص المكتئب بانخفاض تقدير الذات، ويبالغ في الأمور التافهة ويجعلها ضخمة ومهمة، وقد يقوده هذا الشعور إلى الانتحار.

- القلق: يشعر المتعاطي بالخوف والتوتر، وأنه مراقب أو مضطهد من الآخرين مما ينعكس سلباً على علاقته معهم.

- التذبذب الانفعالي يحدث عدم توازن في العاطفة، فترى الشخص المصاب يضحك ويبكي دون سبب مثير لهذا البكاء أو الضحك.

- اختلال الأنا: إذ يشعر المتعاطي أنه شخص متغير تماماً، وأنه ليس هو، وذلك بالرغم من أنه يعرف ذاته.

- جمود أو تبلد الانفعال: إن الشخص المتعاطي لا يستجيب ولا يستثار بأي حدث، مهما كان ذلك المثير ساراً أو غير سار (الحديدي، 2001: 62).

الفصل الرابع

المنهجية وإجراءات الدراسة

1-4 منهجية الدراسة

يتناول هذا الفصل الخطوات العملية التي استخدمت لإنجاز الدراسة من خلال تحديد المنهجية الملائمة للإجابة على أسئلة الدراسة ووصف مجتمع الدراسة وعينتها والأداة المستخدمة في جمع البيانات، كما تضمن الفصل شرحاً للطريقة التي استخدمت للتأكد من صدق الأداة وثباتها والتحليل الإحصائي الذي اتبع للوصول إلى نتائج الدراسة.

1-1-4 منهج الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تم الا عتماد على منهج المسح الاجتماعي بالعينة، ويعرف بأنه "الدراسة العلمية لظروف المجتمع وحاجاته بقصد تقديم برنامج إنشائي للإصلاح الاجتماعي". ويعرف أيضاً بأنه "دراسة الظروف الاجتماعية التي تؤثر في مجتمع معين سواء كان مجتمع الجيرة أو القرية أو المقاطعة أو الدولة أو الأمة، بقصد الحصول على بيانات ومعلومات كافية يمكن الأستفادة منها في وضع وتنفيذ مشروعات إنشائية للإصلاح الاجتماعي". (لهوب، 2010، ص154).

2-1-4 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المتعاطين (الذكور والإناث) الخاضعين للعلاج في المراكز والمستشفيات المختصة بعلاج إدمان وتعاطي المخدرات في الأردن وهم المركز الوطني لعلاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأردنية وكان عدد أفراد المجتمع خلال تلك الفترة (32) متعاط ومتعاطية، ومركز علاج الإدمان التابع لمديرية الأمن العام إدارة مكافحة المخدرات حيث كان عدد أفراد المجتمع خلال تلك الفترة (80) متعاط، وعيادة علاج إدمان خاصة كان عدد المراجين فيها خلال تلك الفترة (20) متعاطية.

3-1-4 عينة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على طريقة المسح بالعينة، فتم اختيار عينة من مجتمع الدراسة تمثلهم في مختلف خصائصهم، إذ غالباً ما يحقق المسح بالعينة أغراض البحث في الحصول على وصف ثابت ودقيق لسلوك الأشخاص الذين يبحثهم.

نفذت الدراسة على عينة من ا لمتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج بلغ حجمها الكلي (153) من بينهم (101) متعاط بنسبة (66%)، و(52) متعاطية بنسبة (34%)، موزعين على النحو التالي:

- (21) متعاط و(11) متعاطية خاضعين للعلاج في المركز الوطني لعلاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأردنية.
- (80) متعاط خاضع للعلاج في مركز علاج وتوقيف المدمنين التابع لمديرية الأمن العام إدارة مكافحة المخدرات، والذي يختص فقط في علاج المتعاطين الذكور دون الإناث.
- (20) متعاطية خاضعات للعلاج في عيادة طبية للاستشارات النفسية وعلاج الإدمان (عيادة خاصة)، إذ كانت هذه العيادة الوحيدة التي وافقت على تنفيذ الدراسة على المرضى المراجعين فيها، مع رفض مستشفى الرشيد رسميا وعدة مرات إجراء مقابلات مع مرضاه ومع القائمين على العلاج فيها (أنظر إلى الملاحق).
- تحليل ملفات وسجلات متعاطيات خضعن للعلاج خلال عام 2011 في المركز الوطني لعلاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأردنية، تم تحليل الملفات والسجلات التي تحتوى على المعلومات التي تخدم أهداف الدراسة فقط والبالغ عددها (21) ملفا من (43) ملف.

إضافة إلى أنه تم إجراء مقابلات مع العاملين والعاملات القائمين على علاج المتعاطين والمتعاطيات في المراكز المذكورة سابقا وعددهم (8) وذلك لتحقيق أهداف الدراسة.

4-1-4 أداة الدراسة:

للإجابة على أسئلة الدراسة تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع بيانات الدراسة وذلك من خلال الرجوع إلى الأدبيات السابقة مثل (التويجري، 2011؛ المشرف والجوادي، 2011؛ البريثن،2002؛العشماوي، 1993؛ منصور، 1989) تم تصميم استبانة مدعمه بالمقابلة تناول كل منها أهداف الدراسة بالترتيب حيث تضمنت مجموعة من الفقرات عددها (110) فقره تقيس (6) مجالات وهي كما يلي:

البيانات الأولية للمتعاطي /ـة: وتقاس من الفقرات من (1-7) والتي تتضمن (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مكان السكن، والمهنة).

البيانات الأساسية لأسرة المتعاطي /ـة: وتقاس من الفقرات من (7-17) والتي تتضمن (المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم، مهنة الأب، مهنة الأم، دخل الأسرة، الحالة الزوجية للوالدين، زواج الأم من آخر في حال طلاق الوالدين، وجود زوجة أب، عدد أفراد الأسرة، وترتيب المتعاطي/ـة بين الأخوة).

أسباب تعاطي المخدرات: وتقاس من الفقرات من (18-36) والتي تتضمن (توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها، حب الأستطلاع والتجربة، الهروب من المشكلات، الإحساس بالقهر الإجتماعي، الرغبة في تحقيق الإستقلالية والإحساس بالذات، تعاطيت المخدرات لمجاراة الإصدقاء، الاحساس بالفرح والسرور، عدم وجود رقابة أسرية، وجود خلافات أسرية مزمنة، عدم التواصل والحوار مع الأسرة، المعاناة من قسوة الوالدين، إهمال الوالدين وعدم الإكتراث لامور الأبناء، تعاطي احد أفراد الأسرة للمخدرات، تعاطي أحد أصدقائي للمخدرات، وجود وقت فراغ طويل، تعاطيت المخدرات لتقوية جسمي ومنحة الطاقة، تعاطيت المخدرات لزيادة القدرة الجنسية والشعور بالإثارة، تعاطيت المخدرات لاني عاطل عن العمل ولم تتوفر فرصة عمل مناسبة لي، وغير ذلك مع التحديد).

الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات: وتقاس من الفقرات من (37-59) والتي تتضمن (الشعور بالكسل والتفكير السطحي، أهمال الواجبات والمسؤوليات، ترك الفروض والواجبات الدينية، التوقف عن ممارسة الأنشطة و الهوايات الشخصية، الكذب واختلاق المبررات والخداع للحصول على

المال، الحساسية الشديدة، سوء العلاقة بالوالدين، سوء العلاقة بأفراد الأسرة، سوء العلاقة بالزوج/ـة، سوء العلاقة بالأولاد، سوء العلاقة بالأصدقاء الغير متعاطين، تفكك الأسرة، الإنفصال عن زوج/ـة، ممارسة العنف، الشعور الانطواء والعزلة عن الآخرين، محاولة الأنتحار، القيام بعمل المنكرات وما يخالف عادات وتقاليد المجتمع، القيام بخيانة زوج/ـة، معاناة الأسرة من التوتر والخلافات المستمرة، عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي وإهمال نظافة الشخصية، الشعور انه يشكل وصمة عار على الأسرة والمجتمع، ممارسة الدعارة لتوفير المادة المخدرة، وغير ذلك مع التحديد).

الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات : وتقاس من الفقرات من (60-71) وتتضمن (الشعور بعدم الكفاءة والحماس والإرادة لتحقيق مهام العمل، إهمال العمل وعدم الاكترث به، فقدان العمل، فرض العقوبات المالية والإدارية بسبب التقصير بالعمل بسبب التعاطي، فقدت الكثير من المال على شراء المخدرات، التعرض للإحتيال وخسارة مالي، المعاناة من كثرة الديون، عدم القدرة على العمل أو الاستمرارية فيه، السرقة من أموال الأسرة لشراء المخدرات، القيام ببيع أدوات وممتلكات المنزل لشراء المخدرات، ترك الأبناء المدرسة/ الجامعة للعمل، غير ذلك مع التحديد).

الآثار الصحية لتعاطي المخدرات : وتقاس من الفقرات من (72-96) وتتضمن (المعاناة من فقدان الشهية وأضطرابات في الجهاز الهضمي، أصبح الجسد نحيف وهزل، قلة النشاط والحيوية، ضعف القدرة على مقاومة المرض، الصداع المزمن المصحوب بإحمرار العينين، أختلال في التوازن، إلتهاب المعدة المزمن، تلف الكبد / تضخم وإلتهاب، فقدان بالذاكرة وعدم التركيز، الإحساس بهلوسات سمعية وبصرية وشمية وذوقية، اضطراب بعمل القلب والأوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم فقر الدم الشديد، أنخفاض القدرة الجنسية، نوبات صرعية بسبب الوقف عن استخدام المخدر، زيادة اضطرابات الدورة الشهرية، الإجهاض المتكرر، الولادة المبكرة، نقص نمو الجنين، موت الجنين، تشوهات لدى الاطفال، الإصابة بسرطان، الإصابة بالإيدز، البرود الجنسي، الإصابة بالعقم، وغير ذلك مع التحديد).

الآثار النفسية لتعاطي المخدرات: وتقاس من الفقرات من (97-110) وتتضمن (عدم إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء، أختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول، أختلال إدراك الحجم بالاتجاه نحو التضخم، إختلال التفكير العام وعدم التركيز، عدم الحكم الصحيح على الأمور، الإصابة بالهذيان والهلوسات، الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر، الشعور بعدم الاستقرار، الشعور بالانقباض

والعصبية وحدة المزاج، أختلال الإتزان وتشنجات والصعوبة بالنطق، الشعور بالاكتئاب، الشعور بالتبلد وجمود الإنفعال وعدم الاستجابة والإستثارة، الإحساس بالغربة عن النفس، وغير ذلك مع التحديد).

إضافة إلى ذلك تم استخدام أسلوب تحليل المضمون، وهو أسلوب يهدف إلى الوصف الموضوعي المنظم الكمي لمحتوى الظاهر للإتصال (لهلوب، 2011، ص 303)، وتم ذلك بالرجوع إلى الملفات والسجلات التي تحتوي على المعلومات التي تخدم أهداف الدراسة للمتعاطيات اللواتي خضعن للعلاج خلال عام 2011 في المركز الوطني لعلاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأردنية وتعبأة الاستبيان بها.

ولغايات البحث النوعي تم إعداد استمارة شبة مهيكلة لمقابلة العاملين مع المتعاطين والمتعاطيات في المراكز المذكورة للتعرف على الاختلاف في النوع الاجتماعي في تعاطي المخدرات، تحتوي على مجموعة من الأسئلة المفتوحة وهي(ما هي الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات الذكور والاناث؟، ما هي أسباب تعاطي المخدرات لكل من الذكور والإناث وهل هناك فرق بينها من وجهت نظرك؟، ما هي الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟، ما هي الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟، ما هي الآثار الصحية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟،ما هي الآثار النفسية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟).

5-1-4 صدق الأداة وثباتها:

للتلكد من صحة أداة الدراسة وبعد تطوير الاستبانة تم عرضها مرفقة بأهداف الدراسة وأسئلتها على مجموعة من المحكمين المختصين وعددهم (6) من ذوي الإختصاص في مجال علم الاجتماع، والعمل الاجتماعي، ودراسات المرأة في الجامعات الأردنية ، حيث أبدى كل منهم ملاحظاته وتم إجراء التعديلات المناسبة وفقاً لملاحظاتهم وآرائهم، وذلك من أجل التأكد من صدقها الظاهري.

كما أتبعت الباحثة لقياس ثبات الاستبانة، وسلامة بناء الفقرات الخاصة بواقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي (الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمتعاطين

والمتعاطيات، وأسباب تعاطي المخدرات، والآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية التي يؤدي إليها التعاطي) والبالغ عددها (110) فقرة، وذلك باستخدام الاتّساق الذاتي، وهي طريقة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، لقياس مدى ثبات أداة الدراسة، وكان معامل الثبات (0.92) وهو قيمة ثبات عالية ومقبولة لغايات هذه الدراسة.

6-1-4 أساليب التحليل الإحصائي:

تم جدولة البيانات وتحليلها إحصائياً باستخدام برنامج Spss لإعطاء صورة دقيقة للبيانات التي أمكن الحصول عليها، وتحديد الدرجة التي يمكن أن تعمم بها نتائج البحث على المجتمع الذي أخذت منه العينة، حيث تم الاستعانة بأساليب الاحصاء الوصفي من التوزيعات التكرارية ومقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت واختبار (ت) .

7-1-4 استخراج الدرجات:

لاستخراج الدرجات على الاستبانة أعطيت بدائل الإجابة الخمسة الدرجات التالية:

(1) درجات للبديل موافق بشدة

(2) درجات للبديل موافق

(3) درجات للبديل محايد

(4) درجات للبديل معارض

(5) درجات للبديل معارض بشدة

ثم تجمع الدرجات على فقرات كل بعد من الأبعاد وتقسم على عدد الفقرات وكذلك للدرجة الكلية للمقياس، وتفسر الدرجات بأنها تأثير سلبي وقد تم التعبير عنها كما يلي:

- 1- أقل من 1.8 تأثير منخفض جداً
- 1.8- أقل من 2.6 تأثير منخفض

- 2.6- أقل من 3.4 تأثير متوسط
- 3.4- أقل من 4.2 تأثير مرتفع
- 4.2- 5 تأثير مرتفع جداً

8-1-4 محددات الدراسة:

إرتأت الباحثة أن تقوم بحصر هذه الدراسة بالحدود التالية:

1. حدود زمانية : محددة بإجراء ا لدراسة ميدانياً خلال الفترة من شهر آذار إلى شهر آب/2012
2. حدود مكانية: محددة بمركز علاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأردنية، ومركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات، وعيادة طبية للاستشارات النفسية وعلاج الإدمان (عيادة خاصة)، وذلك لاعتذار مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان إجراء الدراسة على المدمنين الخاضعين للعلاج بالمستشفى وقد تم الاعتذار بكتاب رسمي (أنظر إلى الملاحق).

9-1-4 مراحل العمل في الدراسة:

قامت الباحثة بتنفيذ الدراسة كالآتي:

- حصلت الباحثة على موافقة رسمية من إدارات الجهات المختصة للسما ح بتطبيق الدراسة بناءً على كتاب (تسهيل مهمة) من مركز دراسات المرأة في الجامعة الأردنية (أنظر إلى الملاحق).
- بدأ التطبيق فور الحصول على الموافقة على إجراء الدراسة من الجهات المختصة، في شهر آذار حتى آب 2012.

- حددت الباحثة عينة الدراسة من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج والمراجعين للمراكز المحددة في عينة الدراسة بأسلوب المسح الاجتماعي في الفترة المحدده لذلك.

- طبقت الباحثة الاستبانة بشكل منفرد على عينة الدراسة وذلك بإجراء مقابلات مع المتعاطين والمتعاطيات كلا على حدى.

- قامت الباحثة بتعبئة المعلومات الخاصة بالمتعاطيات اللآتي خضعن للعلاج خلال عام 2011 في المركز الوطني لعلاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأردنية في استبيان الدراسة من السجلات الطبية التي تحتوي على كامل المعلومات المطلوبه بناء على أهداف الدراسة.

- تم إجراء المقابلات مع العاملين مع المتعاطين والمتعاطيا ت في المراكز التي تم تنفيذ الدراسة فيها وهم، من المركز الوطني لعلاج المدمنين التابع لوزارة الصحة الأرد نية الدكتور جمال العناني مدير المركز، والاخصائية الاجتماعية ناهده اللبدي، والاخصائي النفسي زيد عبيدات، ورئيس التمريض إبراهيم مضاعين، والممرض خالد الغزاوي، ومسؤول السجلات وإدخال البيانات جمال الغليظ ، أما في مركز علاج الإدمان التابع لمديرية الأمن العام إدارة مكافحة المخدرات فقد تمت مقابلة مدير المركز الرائد مازن المقابلة، والعريف مصعب الوريكات.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

يتضمن هذا الفصل ع رضا لنتائج الدراسة التي استهدفت التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم من منظور النوع الاجتماعي، والتعرف إلى الأسباب التي أدت إلى تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي، والتعرف إلى الآثار الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي، والعلاقة بين أسباب تعاطي والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات والنوع الاجتماعي للمتعاطي .

وقد جاءت نتائج الدراسة بناء على المعالجة الإحصائية، الوصفية والتحليلية، للبيانات الكمية التي تم جمعها باستخدام الاستبانة التي أعدت للإجابة على أسئلة الدراسة، وبحسب أهداف الدراسة وأسئلتها، تم عرض نتائج الدراسة.

1-5. النتائج المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم من منظور النوع الاجتماعي

للإجابة عن السؤال الأول الذي ينص على " ما الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم من منظور النوع الاجتماعي؟ " تم استخراج التوزيعات التكرارية والنسب المئوية، وهي كالتالي:

الجدول (3) بتوزيع أفراد العينة حسب العمر

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
العمر	19 فما دون	8	7.9	6	11.5
	20 – 24	21	20.8	9	17.3
	25 – 29	32	31.7	14	26.9
	30 – 34	12	11.9	10	19.2
	35 سنة فأكثر	28	27.7	13	25.0
	المجموع	101	100	52	100

يشير الجدول رقم (3) الذي يمثل توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب العمر، إلى أن أعلى نسبة المتعاطين والمتعاطيات في الفئة العمرية (25 – 29) إذ بلغت نسبة المتعاطين 31.7% ، أما المتعاطيات فقد كانت نسبتهن 26.9% من مجمل أفراد عينة الدراسة ، وتليها الفئة العمرية (35 سنة فأكثر) وبلغت نسبه المتعاطين 27.7%، وقد بلغت نسبة المتعاطيات 25%. أما أقل عدد من المتعاطين والمتعاطيات كانت (19 فما دون)، حيث بلغت نسبة المتعاطين 7.9%، ونسبة المتعاطيات 11.5% من مجمل أفراد عينة الدراسة.

يعزى ذلك إلى أن الإنسان في مرحلة الشباب يكون على جانب كبير من التطور الجسمي والفكري والعقلي، ولكن عندما تكون هذه الفئة تعاني من المشاكل والحرمان والقهر والفقر وعدم القدرة على تأمين تكاليف الحياة، وغياب استراتيجيات متكاملة للتكفل بالحاجات النفسية والاجتماعية، تكون أكثر استهدافا لمختلف ظواهر الإنحراف وعلى رأسها تعاطي المخدرات.

الجدول (4) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
المستوى التعليمي	لا أقرأ ولا أكتب	8	7.9	6	11.5
	أساسي	28	27.7	8	15.4
	ثانوي	43	42.6	13	25.0
	دبلوم	7	6.9	9	17.3
	بكالوريوس	14	13.9	13	25.0
	دراسات عليا	1	1.0	3	5.8
	المجموع	101	100	52	100

يشير الجدول رقم (4) إلى توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب المستوى التعليمي، فنلاحظ من الجدول أن غالبية المتعاطين هم ممن يحملون المؤهل (الثانوي) بنسبة 42.6% ، أما المتعاطيات فقد تساوت النسبة عند حاملات المؤهلين العلميين الثانوي والبكالوريوس بنسبة 25%، أما أقل نسبة تعاطي فقد كانت من المتعاطين والمتعاطيات ذوي المستوى التعليمي (الدراسات العليا) بنسبة بلغت 1% للمتعاطين ، و5.8% للمتعاطيات.

ويعزى ذلك إلى أن الفشل الدراسي وما يرافقه من شعور بالإحباط والاستياء من أهم المدعمات نحو أبواب الإنحراف وأهمها تعاطي المخدرات، لما يلحقه من آثار نفسية وإحساس بالفشل وإنعدام

القيمة، خاصة إذا صاحبه ضغط الأولياء وتقيماتهم السلبية قياساً على الإخفاق الدراسي، مما يدفعه إلى تجربة نشاطات بديلة يخفف من خلالها شعوره بالتوتر النفسي كتعاطي المخدرات.

الجدول (5) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
الحالة الاجتماعية	أعزب/عزباء	64	63.4	11	21.2
	متزوج/ـة	26	25.7	18	34.6
	مطلق/ـة	11	10.9	17	32.7
	منفصل/ـة	0	0	3	5.8
	أرمل/ـة	0	0	3	5.8
	المجموع	101	100	52	100

يمثل الجدول رقم (5) توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب الحالة الاجتماعية، وقد تبين من البيانات أن غالبية المتعاطين الذكور هم من (العزاب) بنسبة 63.4%، ونستنبط من ذلك أن عدم وجود مسؤوليات أسريه وعدم وجود قدرة اقتصادية للإقدام على الزواج على الرغم من أن متوسط العمر وقت الزواج الأول للذكور كما حددته مؤشرات الإحصاءات العامة الأردنية هو 29.7 (دائرة الإحصاءات العامة، 2012) وبما أن معظم المتعاطين كما أظهر الجدول رقم (3) هم من فئة الشباب من العمر 25-29 وهذا قد يؤدي إلى الإنحراف وتعاطي المخدرات، أما المتعاطيات فقد كانوا من (المتزوجات) بنسبة 34.6%، والمتعاطيات من (المطلقات) بنسبة 32.7%، ويعزى ذلك إلى محاولتهن الهروب من المشكلات الزواجية وضغوط الحياة التي تحتم نوعا من المشا كل في الاسرة، وبين الزوجين بالإقدام على تعاطي المخدرات.

الجدول (6) توزيع أفراد العينة حسب مكان السكن

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
مكان السكن	مدينة	69	68.3	37	71.2
	قرية	12	11.9	6	11.5
	مخيم	20	19.8	8	15.4
	بادية	0	0	1	1.9
	المجموع	101	100	52	100

يتضح من الجدول رقم (6) الذي يمثل توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب مكان السكن، أن غالبية المتعاطين والمتعاطيات هم من سكان المدينة حيث الازدحام السكاني وتعدد الثقافات وكثرة الاختلاط بين السكان، فقد بلغت نسبة المتع اطين 68.3%، والمتعاطيات 71.2%، ويليها بالمرتبة الثانية المتعاطين والمتعاطيات من سكان المخيم، فقد بلغت نسبة المتعاطين 19.8%، والمتعاطيات 15.4%، ومن ثم بالمرتبة الثالثة المتعاطين والمتعاطيات من سكان القرية، فقد بلغت نسبة المتعاطين 11.9%، والمتعاطيات 11.5%.

أما أقل نسبة للمتعاطين والمتعاطيات فقد كانت لمن هم من البادية فلم يكن هناك متعاطون في عينة الدراسة من البادية ، أما المتعاطيات فقد بلغت نسبتهن 1.9%.

الجدول (7) توزيع أفراد العينة حسب المهنة

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
المهنة	طالب	8	7.9	1	1.9
	موظف/ـة قطاع حكومي	3	3.0	3	5.8
	موظف/ـة قطاع خاص	16	15.8	13	25.0
	عمل حر	54	53.5	18	34.6
	لا أعمل	19	18.8	17	32.7
	غير ذلك	1	1	0	0
	المجموع	101	100	52	100

يوضح الجدول رقم (7) توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب المهنة، حيث دلت البيانات أن غالبية المتعاطين والمتعاطيات هم ممن يعملون (عمل حر) فبلغت نسبة المتعاطين 53.5%، والمتعاطيات بنسبة 34.6%، ويليها (العاطلين عن العمل) بنسبة بلغت 18.8% عند المتعاطين، وعند المتعاطيات بنسبة 32.7%، يعزى ذلك بالرجوع إلى الجدول رقم (4) إلى أن تدني مستوى التعليم كان السبب وراء عدم حصولهم على فرصة عمل مناسبة، وهذا أدى إلى لجوئهم إلى العمل الحر.

الجدول (8) توزيع أفراد العينة حسب إذا كان يعمل، الدخل الشهري له/ ـا

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
إذا كان يعمل، الدخل الشهري	أقل من 100 دينار	2	2	4	7.7
	100- 299 دينار	20	19.8	10	19.2
	300- 499 دينار	32	31.7	13	25.0
	500- 699 دينار	13	12.9	7	13.5
	700- 999 دينار	5	5.0	2	3.8
	1000 دينار فأكثر	4	4.0	1	1.9
	المجموع	76	75	37	71.2
	مفقود النظام	25	24.8	15	28.8
	المجموع	101	100	52	100

أشار الجدول رقم (8) إلى توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب الدخل الشهر للذين يملكون عمل، إذ اتضح أن أعلى نسبة بلغت من المتعاطين والمتعاطيات عند الدخل (300- 499 دينارا) فبلغت نسبة المتعاطين 31.7%، والمتعاطيات بنسبة 25%، ويليها الدخل (100- 299 دينارا) عند المتعاطين بنسبة 19.8%، والمتعاطيات بنسبة 19.2%. أما أقل نسبة فقد كانت للدخل (أقل من 100 دينار) للمتعاطين إذ بلغت 2%، والدخل (1000 دينار فأكثر) للمتعاطيات فبلغت 1.9%.

الجدول (9) توزيع أفراد العينة حسب الترتيب بين الأخوة

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
الترتيب بين الأخوة	الأول	32	31.7	16	30.8
	الثاني	16	15.8	15	28.8
	الثالث	18	17.8	11	21.2
	الرابع	12	11.9	3	5.8
	الخامس فأكثر	23	22.8	7	13.5
	المجموع	101	100	52	100

دلت بيانات الجدول رقم (9) والذي يشير إلى توزيع المتعاطين والمتعاطيات حسب الترتيب بين الأخوة، إلى أن الترتيب (الأول) قد جاء بالمرتبة الأولى عند المتعاطين والمتعاطيات، بنسبة بلغت 31.7% من المتعاطين، و 30.8%من المتعاطيات، ونستدل من ذلك أن شعورهم بأنهم كبار

يدفعهم إلى التصرف بحريةٍ وتلقائية أكثر من بقية الأخوة والأخوات مما يؤدي بهم إلى الانحرافات السلوكية والتصرفات غير الواعية والمدركة للدين والمبادئ والقيم والأخلاق.

الجدول (10) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأب

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
المستوى التعليمي للأب	لا يقرأ ولا يكتب	17	16.8	12	23.1
	أساسي	34	33.7	12	23.1
	ثانوي	21	20.8	13	25.0
	دبلوم	9	8.9	3	5.8
	بكالوريوس	9	8.9	10	19.2
	دراسات عليا	11	10.9	2	3.8
	المجموع	101	100	52	100

يوضح الجدول رقم (10) المستوى التعليمي لآباء المتعاطين والمتعاطيات، وقد أظهرت البيانات تدني المستوى التعليمي لآباء المتعاطين والمتعاطيات، إذ كان ما نسبته 33.7% من آباء المتعاطين مستوياتهم التعليمية (أساسي) ويليها 20.8% (ثانوي)، أما آباء المتعاطيات فقد كان 25% منهم مستوياتهم التعليمية (ثانوي) ويليها بالتساوي (لا يقرأ ولا يكتب) و(أساسي) بنسبة 23.1%.

نستخلص من هذا الجدول إنخفاض المستوى التعليمي لآباء المتعاطين والمتعاطيات بحوالي ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة من المتعاطين والمتعاطيات ما يعكس انخفاض مستويات الضبط والإشراف وغيره من العوامل المرتبطة بنمط التعليم ما قد يدفع الأبناء إلى ممارسة السلوك الانحرافي.

الجدول (11) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأم

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
المستوى التعليمي للأم	لا تقرأ ولا تكتب	32	31.7	11	21.2
	أساسي	25	24.8	21	40.4
	ثانوي	22	21.8	8	15.4
	دبلوم	8	7.9	0	0
	بكالوريوس	9	8.9	11	21.2
	دراسات عليا	5	5.0	1	1.9
	المجموع	101	100	52	100

بين الجدول رقم (11) والذي يمثل المستوى التعليمي لأمهات المتعاطين والمتعاطيات، أن الغالبية العظمى لأمهات المتعاطين كان مستواها التعليمي (لا تقرأ ولا تكتب) بنسبة بلغت 31.7%، أما المستوى التعليمي لأمهات المتعاطيات فمعظمهن حاصلات على المؤهل (أساسي) فبلغت 40.4%. نلاحظ من هذه النتيجة أن أغلبية المتعاطين والمتعاطيات ينحدرون من أسر متدنية التعليم وهذا يؤدي إلى انخفاض مستوى الضبط والإشراف الأسري على الأبناء ما يؤدي إلى انحرافهم وتعاطيهم المخدرات.

الجدول (12) توزيع أفراد العينة حسب المهنة الأب

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
مهنة الأب	موظف قطاع حكومي	10	9.9	6	11.5
	موظف قطاع خاص	11	10.9	7	13.5
	متقاعد	32	31.7	9	17.3
	عمل خاص (حر)	36	35.6	23	44.2
	لا يعمل	12	11.9	7	13.5
	المجموع	101	100	52	100

يشير الجدول رقم (12) إلى مهنة الأب لكل المتعاطين والمتعاطيات،فيتضح أن معظم آباء المتعاطين والمتعاطيات يعملون عملا خاصا (حرا) بنسبة بلغت 35.6% من آباء المتعاطين، 44.2% من آباء المتعاطيات، ويليها (متقاعد) إذ بلغت النسبة 31.7% من آباء المتعاطين، و17.3% من آباء المتعاطيات، ومن ثم (لا يعمل) بنسبة بلغت 11.9% من آباء المتعاطين، وقد تساوت (لا يعمل) مع (موظف قطاع خاص) عند آباء المتعاطيات بنسبة 13.5%.

أما أقل نسبة فقد كانت لآباء المتعاطين الذين يعملون (موظف قطاع خاص) بنسبة 10.9%، وآباء المتعاطيات الذين يعملون (موظف قطاع حكومي)بنسبة بلغت 11.5%.

الجدول (13) توزيع أفراد العينة حسب المهنة الأم

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
مهنة الأم	ربة منزل	83	82.2	33	63.5
	موظفة قطاع حكومي	4	4.0	6	11.5
	موظفة قطاع خاص	1	1.0	4	7.7
	عمل خاص (حر)	3	3.0	3	5.8
	متقاعدة	5	5.0	3	5.8
	لا تعمل	5	5.0	3	5.8
	المجموع	101	100	52	100

أما مهنة الأم لكل من المتعاطين والمتعاطيات فيتضح من خلال الجدول رقم (13) أن معظم أمهات المتعاطين والمتعاطيات (ربات منزل) إذ بلغت نسبة أمهات المتعاطين اللآتي يعملن ربات منزل 82.2%، أما أمهات المتعاطيات فقد بلغت نسبتهن 63.5%، ويعزى ذلك إلى انخفاض المستوى التعليمي للأمهات كما هو مبين في الجدول رقم (11) والزواج المبكر آنذاك.

الجدول (14) توزيع أفراد العينة حسب دخل الأسرة

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
دخل الأسرة الشهري	أقل من 100 دينار	3	3.0	1	1.9
	100- 299 دينار	14	13.9	12	23.1
	300 - 499 دينار	21	20.8	13	25.0
	500- 699 دينار	24	23.8	9	17.3
	700- 999 دينار	8	7.9	6	11.5
	1000 دينار فأكثر	31	30.7	11	21.2
	المجموع	101	100\	52	100

يوضح الجدول رقم (14) الدخل الشهري لأسر المتعاطين والمتعاطيات، إذ اتضح ارتفاع الدخل الشهري عند أسر المتعاطين ليصل إلى (1000 دينار فأكثر) بنسبة بلغت 30.7%، أما الدخل الشهري لأسر المتعاطيات فقد كانت معظمهن من ذوي الدخل المتوسط أي الدخل الذي يتراوح ما بين (300- 499 دينارا) إذ بلغت نسبتهم 25%. ونستنبط من هذه النتيجة تدني مستوى الدخل لدى أسر الفتيات المتعاطيات بالمقارنة مع دخل الأسرة المتعاطين . ليؤكد ذلك ما قالته إحدى المبحوثات (أبوي شغله على قده ويادوب قادر يدفع أجرة البيت عشان هيك طلعنا من المدرسة وزوجني وأنا

صغيره). و(أنا طلقت للمره ا لثانية ورجعت عند أهلي، وضعهم سيء ما في مصاري، كانت أمي كل يوم تمرمرني على دينار أشتري في دخان، عشان هيك هربت من عندهم واشتغلت عشان أصرف على حالي).

الجدول (15) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزواجية للوالدين

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
الحالة الزوجية للوالدين	قائمة بينهما	76	75.2	37	71
	انفصال دون طلاق (هجر)	0	0	4	7.7
	طلاق	3	3.0	6	11.5
	أحدهما أرمل	22	21.8	5	9.6
	المجموع	101	100	52	100

يتضح من الجدول رقم (15) والذي يمثل الحالة الزوجية لوالدين المتعاطين والمت عاطيات، أن معظم المتعاطين ينتمون إلى أسر مستقرة وغير مفككة فقد أكدت البيانات على استمرارية العلاقة الزواجية بين والدي المتعاطين والمتعاطيات (قائمة بينهما) بنسبة بلغت 75.2% من المتعاطين، و71% من المتعاطيات، إلا أن استمرارية العلاقة الزواجية بين الوالدين لا يدل على عدم وجود خلافات أسريه وصراعات مستمره إذ أن اضطراب العلاقات بين الأب والأم، وظهور ذلك أمام الأبناء يؤدي إلى عدم الاستقرار في نفوسهم، وينجم عنه ظهور الاضطرابات في شخصية الابناء، ما يدفعهم إلى ممارسات سلبية ومن ضمنها تعاطي المخدرات . ونلاحظ ذلك من خلال ما قالته إحدى المبحوثات (ماما وبابا عايشين بنفس البيت بس مشاكلهم ما بتخلص على طول الجيران بسمعو صوتهم وأغلب وقتهم ما بحكو مع بعض، ماما على طول مشغوله بخيانات بابا المتكرره حكينالهم ريحونا وطلقوا بس ما بدهم عشان صورتنا قدام الناس شو بدهم يحكو بكرا أمها وأ بوها مطلقين؟). كما أكد ذلك إبراهيم مضاعين رئيس شعبة التمريض بالمركز الوطني لعلاج المدمنين بقوله " إن معظم متعاطي المخدرات غير متزوجين بسبب الحالة الإقتصادية"

يليها غياب أحد الوالدين بسبب الوفاة (أحدهما أرمل) فقد كانت النسبة 21.8% من المتعاطين، وكانت 9.6% من المتعاطيات، ويؤكد ذلك أن لغياب أحد الوالدين نتائج سيئة تهيء للانحراف نحو تعاطي المخدرات، لأن غياب الرقابة والحوار الأسري يعطي الابناء الحرية في في الذهاب والإياب

للبيت في أي وقت يريدون، والبقاء خارج البيت مدة طويلة تمتد إلى أيام، ومصادقة رفاق السوء، وهذا يسهل وقوعهم فريسة لهذة السموم القاتلة.

أما (طلاق الوالدين) فكان نسبته 3% من المتعاطين، و11.5% من المتعاطيات، ويدل ذلك إلى أن المحيط الاجتماعي الذي يسوده التفكك الأسري، حالات الطلاق أو الانشقاق العائلي، عادة ما يساعد الفتاة على الانحراف وتعاطي المخدرات خاصة في حالة ضعف وإنعدام الرقابة الأسرية، وهو ما يفسر خلل أو فشل الأسرة في أداء وظيفة التنشئة الاجتماعية.

لم يكُن هناك انفصال دون طلاق (هجر) عند والدي المتعاطين الذكور، وكان بنسبة قليلة عند والدي الإناث المتعاطيات 7.4%.

الجدول (16) توزيع أفراد العينة حسب" في حالة طلاق الوالدين ، هل الأم متزوجة من آخر"

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
في حالة طلاق الوالدين، هل الأم متزوجة من رجل آخر	نعم	2	2.0	7	13.5
	لا	1	1.0	3	5.8
	المجموع	3	3.0	10	19.2
	المفقود من النظام	98	97	42	80.8
	المجموع	101	100	52	100

يشير الجدول رقم (16) إلى زواج الأم من رجل آخر في حالة طلاق الوالدين لكل من المتعاطين والمتعاطيات، ويتبين من الجدول أن الأم كانت متزوجة من رجل آخر عند المتعاطين بنسبة 2%، وعند المتعاطيات بنسبة 13.5%، أما عدم زواجها من آخر في حالة طلاق ال والدين فقد بلغت نسبته عند المتعاطين 1%، وعند المتعاطيات 5.8%. تدل هذه النتيجة على أن زوج الأم لم يكن دافعا للتعاطي عند المتعاطين بقدر ما شكل دافعا للتعاطي عند المتعاطيات، والسبب في ذلك السلوكيات المنحرفة التي تقع من زوج الأم على أبنة الزوجة ومن ذلك العنف ب شتى أشكاله والتحرش الجنسي بها ودفعها إلى ال الانحراف.

الجدول (17) توزيع أفراد العينة حسب وجود زوجة ثانية للأب

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
زوجة ثانية للأب	نعم	17	16.8	15	28.8
	لا	84	83.2	37	71.2
	المجموع	101	100	52	100

يوضح الجدول رقم (17) والذي يمثل وجود زوجة ثاني للأب لكل من المتعاطين والمتعاطيات، أن الإجابة (لا) كانت الأعلى عند المتعاطين بنسبة 83.2%، وعند المتعاطيات بنسبة 71.2%. أما الإجابة (نعم) يوجد زوجة ثانية للأب فكانت نسبتها عند المتعاطين 16.8%، وعند المتعا طيات 28.8%، حيث أكد معظم المبحوثين الذين اجابوا بنعم على الدور الرئيسي لزوجة الأب في اللجوء لتعاطي المخدرات، خاصة الإناث هروباً من القسوة في المعاملة التي يتلقينها منها خاصة في غياب الأم بسبب الطلاق أو الوفاة، وأكدت إحدى المبحوثات بأن الظلم والقسوة التي تع املها بها زوجة ابيها هي أحد أسباب انحرافها وتعاطيها المخدرات (مرة أبوي هي السبب من وأنا صغيره وهي

بتحكيلي انتِ بنت حرام لإنها طلعت ما بتخلف، كانت كل حقدها وغلها اطلعه فيه، طلعتني من المدرسة وجوزتني مصري أكبر مني بضعف عمري).

الجدول (18) توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة

المتغير	الفقرة	الذكور		الاناث	
		التكرار	%	التكرار	%
عدد أفراد الأسرة	من 1- 4	13	12.9	16	30.8
	5 – 8	54	53.5	26	50.0
	9 فأكثر	34	33.7	10	19.2
	المجموع	101	100	52	100

يوضح الجدول رقم (18) والذي يمثل عدد أفراد الأس رة للمتعاطين والمتعاطيات، أن غالبية المتعاطين والمتعاطيات ينتمون إلى أسر يبلغ عدد أفرادها من (5-8) فرداً، فقد كان 53.5% من المتعاطين و50% من المتعاطيات ينتمون إلى أسر كبيرة العدد . نستدل من هذه البيانات أن زيادة عدد الأفراد قد يؤدي إلى بعض المشاكل الأسرية ا لتي قد تدفع الأبناء إلى التعاطي، ومرد ذلك زيادة حجم الأسرة أو زيادة عدد أفرادها يؤدي إلى ضعف التماسك الاجتماعي .وقد أكد هذه البيانات

الدكتور جمال العناني بقوله "كبر حجم الأسرة يؤدي إلى عدم تلبية احتياجات جميع أفرادها ما يؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات"

أما الأسر التي يبلغ عدد أفرادها من (1-4) فقد دلت البيانات أن نسبة تعاطي أفرادها قليل بنسبة بلغت عن المتعاطين 12.9%، أما الأسر التي يبلغ عدد أفرادها (9 فأكثر) فقد دلت البيانات أن نسبة المتعاطيات فيها قليل بنسبة 19.2%.

4-2. النتائج المتعلقة بالأ سباب التي أدت إلى تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

للإجابة عن السؤال الثاني الذي ينص على " ما الأسباب التي أدت لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي؟" تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأسباب التعاطي من وجهة نظر المتعاطين الذكور والإناث معا وك ل على حدة، مرتبة تنازليا حسب المتوسط الحسابي للفقرة، كما مبين في الجداول (19) على التوالي

جدول(19) أسباب التعاطي المخدرات مرتبة تنازليا من وجهه نظر المتعاطين والمتعاطيات

الجنس	أسباب تعاطي المخدرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة تأثير السبب
الذكور	حب الإستطلاع والتجربة	4.41	.827	مرتفعة جدا
	الاحساس بالفرح والسرور	4.2	0.99	مرتفعة جدا
	توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها	4.12	1.07	مرتفعة
	تعاطي أحد أصدقائي للمخدرات	4.01	1.33	مرتفعة
	وجود وقت فراغ طويل	3.94	1.264	مرتفعة
	الهروب من المشكلات	3.82	1.236	مرتفعة
	الرغبة في تحقيق الإستقلالية والإحساس بالذات	3.74	1.419	مرتفعة
	تعاطيت المخدرات لمجاراة الأصدقاء	3.56	1.367	مرتفعة
	عدم التواصل والحوار مع الأسرة	3.32	1.363	متوسطة
	الإحساس بالقهر الإجتماعي	3.27	1.413	متوسطة
	عدم وجود رقابة أسرية	3.25	1.403	متوسطة
	تعاطيت المخدرات لتقوية جسمي ومنحة الطاقة	3.11	1.399	متوسطة
	وجود خلافات أسرية مزمنة	3.01	1.493	متوسطة

	إهمال الوالدين وعدم الإكتراث لامور الأبناء	2.83	1.443	متوسطة
	تعاطيت المخدرات لاني عاطل عن العمل ولم تتوفر فرصة عمل مناسبة لي	2.81	1.508	متوسطة
	تعاطيت المخدرات لزيادة القدرة الجنسية والشعور بالإثارة	2.8	1.442	متوسطة
	المعاناة من قسوة الوالدين	2.64	1.411	متوسطة
	تعاطي احد أفراد الأسرة للمخدرات	1.81	1.231	منخفضة
	الدرجة الكلية	**3.3696**	**0.61581**	**متوسطة**
الإناث	الهروب من المشكلات	4.63	.864	مرتفعة جدا
	الاحساس بالفرح والسرور	4.48	0.98	مرتفعة جدا
	الإحساس بالقهر الإجتماعي	4.38	1.207	مرتفعة جدا
	حب الإستطلاع والتجربة	4.35	1.246	مرتفعة جدا
	عدم وجود رقابة أسرية	4.29	1.091	مرتفعة جدا
	تعاطيت المخدرات لمجاراة الأصدقاء	4.17	1.309	مرتفعة
	تعاطي أحد أصدقائي للمخدرات	4.12	1.409	مرتفعة
	وجود خلافات أسرية مزمنة	4.00	1.414	مرتفعة
	عدم التواصل والحوار مع الأسرة	3.92	1.370	مرتفعة
	وجود وقت فراغ طويل	3.83	1.543	مرتفعة
	توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها	3.81	1.585	مرتفعة
	الرغبة في تحقيق الإستقلالية والإحساس بالذات	3.81	1.522	مرتفعة
	المعاناة من قسوة الوالدين	3.71	1.513	مرتفعة
	إهمال الوالدين وعدم الإكتراث لامور الأبناء	3.58	1.576	مرتفعة
	تعاطيت المخدرات لتقوية جسمي ومنحة الطاقة	3.37	1.609	متوسطة
	تعاطي احد أفراد الأسرة للمخدرات	3.27	1.728	متوسطة
	تعاطيت المخدرات لزيادة القدرة الجنسية والشعور بالإثارة	2.81	1.633	متوسطة
	تعاطيت المخدرات لاني عاطل عن العمل ولم تتوفر فرصة عمل مناسبة لي	2.71	1.649	منخفضة
	الدرجة الكلية	**3.8419**	**0.75451**	**مرتفعة**

- 1- أقل من 1.8 تأثير منخفض جداً   1.8- أقل من 2.6 تأثير منخفض   2.6- أقل من 3.4 تأثير متوسط

3.4- أقل من 4.2 تأثير مرتفع   4.2- 5 تأثير مرتفع جداً

يتضح الجدول رقم (19) والذي يمثل أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاط بين والمتعاطيات، أن درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات لدى المتعاطين كانت متوسطة، حيث بلغ المتوسط حسابي (3.3696) وإنحراف معياري (61581.)، أما المتعاطيات فقد كانت درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات مرتفعة بمتوسط حسابي (3.8419) وبانحراف معياري (75451.).

تصدر السبب (حب الإستطلاع والتجربة) أسباب تعاطي المخدرات لدى المتعاطين بدرجة تأثير مرتفعة جداًفقد بلغ المتوسط الحسابي (4.41) والانحراف المعياري (.827) وكذلك السبب (الاحساس بالفرح والسرور) بمتوسط حسابي (4.20) وانحراف معياري (.990)، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة العاني والعطار (2005). يليها (الهروب من المشكلات) فقد كانت بدرجة تأثير مرتفعة بمتوسط حسابي (3.82) وانحراف معياري (1.236).

أما أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطيات، فقد كانت درجة التأثير مرتفعة جداً عند السبب (الهروب من المشكلات) بمتوسط حسابي (4.63) وانحراف معياري (.864) وهذه النتيجة تتفق مع نظرية التعلم حيث يرى أصحاب النظرية أن تعاطي العقاير عادة ما يتدعم عن طريق عوامل كثيرة، وأن هذه المدعمات الإيجابية يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من المواقف والمشاكل المثيرة للقلق (البنا، 1991، ص16)، إضافة إلى أنها تتفق مع ما توصلت إلية دراسة (Eiltle, 2002) أن التعرض لحادث سيئ في الحياة في مراحل العمر المختلفة سواء على المستوى الشخصي أو في نطاق العائلة من الأمور التي تدفع النساء إلى ارتكاب الجريمة والانحراف، و **دراسة** (Çırakoğlu and Işın,2005) التي توصلت إلى أن أسباب تعاطي المخدرات هي: المشاكل والمواجهة، الفراغ العاطفي، البيئة الاجتماعية والقابلية.

يليه (الإحساس بالفرح والسرور) الذي يسببه التعاطي ولمدة مؤقته بمتوسط حسابي (4.48) وإنحراف معياري (.980) وهذا يتفق مع النظرية المعرفية السلوكية التي ترى أن التعاطي يحدث لأن التوقعات الإيجابية له أكبر من التوقعات السلبية، كما ترى أن النظرة للمواد المخدرة على أنها شيء سحري وأنها تخفف التوتر وتزيد التوكيدية الاجتماعية، هي توقعات تعلمها الفرد في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة وجماعات الأقران.

ومن ثم (الإحرلس بالقهر الإجتماعي) بمتوسط حسابي (4.38) وانحراف معياري (1.207) فكانت عدم قدرة الإناث على حل مشاكلهن والمطالبة بحقوقهن وإيصال أصواتهن وإيضاح معاناتهن دافعا للفتيات إلى الشعور بعدم القيمة والإحساس بالقهر الاجتماعي والدونية وعدم الثقة بالنفس وهذا شكل سببا قويا لإقدامهن على تعاطي المخدرات.

و(حب الإستطلاع والتجربة) بمتوسط حسابي (4.35) وانحراف معياري (1.246) فحب الفضول ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي يتفق مع النظرية المعرفية السلوكية والتي أكدت

أن التعاطي يحدث نتيجة أن التوقعات الإيجابية للمخدر أكبر من التوقعات السلبية والنظر للمخدر على أنه شيء سحري ويخفف التوتر ما يثير فضول الأشخاص إلى الوصول إلى التجربة.

والسبب (عدم وجود رقابة أسرية) بمتوسط حسابي (4.29) وانحراف معياري (1.091) وقد يرجع السبب في ذلك إلى انشغال الوالدين المستمر بالكسب المادي أو لتحقيق نجاح شخصي يحرم الأبناء من التوجيه السليم وضعف الوازع الخلقي لدى الوالدين وكثرة المشكلات العائلية ما يجعل الجو الأسري مملوءاً بالاضطرابات، وهذا يتفق مع دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان (2008) التي أكدت تراجعا كبيرا لدور الأسرة في حماية أبنائها من المخدرات .

كما كانت درجة التأثير مرتفعة عند الأسباب (وجود خلافات أسرية مزمنة) فبلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطيات (4.00) أما الانحراف المعياري (1.414) و(عدم التواصل والحوار مع الأسرة) بالمتوسط الحسابي عند المتعاطيات (3.42) والانحراف المعياري (1.370)، و(المعاناة من قسوة الوالدين) بالمتوسط الحسابي عند المتعاطيات (3.71) والانحراف المعياري (1.513)، و(إهمال الوالدين وعدم الاكتراث لامور الأبناء) بالمتوسط الحسابي عند المتعاطيات (3.58) والانحراف المعياري (1.576)، ويعود السبب في ذلك إلى أن المحيط الاجتماعي الذي يسوده التفكك الأسري (حالات الطلاق) والخلافات والقسوة في التعامل والإهمال يساعد الفتاة على الانحراف وتعاطي المخدرات خاصة في حالة ضعف وانعدام الرقابة الأسرية، وهو ما يفسر خلل أو فشل الأسرة في أداء وظيفة التنشئة الاجتماعية . كما وإن اضطراب العلاقات بين الأب والأم، وظهور ذ لك أمام الأبناء يؤدي إلى عدم الاستقرار في نفوسهم، وينجم عنه ظهور الاضطرابات في شخصية الابناء، ما يدفعهم إلى ممارسات سلبية . تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة العاني والعطار (2005) والتي أكدت أن إهمال الوالدين وتسلطهم على الأبناء والمشاكل الأسرية والمش اجرات، ودراسة الخطاطبة (2000) التي أكدت أن توتر العلاقات الأسرية أحد أسباب تعاطي المخدرات.

كما كانت درجة التأثير مرتفعة عند السبب (تعاطيت المخدرات لمجاراة الأصدقاء)عند المتعاطين والمتعاطيات، فبلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين (3.56) والانحراف المعياري (1.367)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (4.17) وانحراف معياري (1.309)، وهذا يتفق مع نظرية التعلم حيث يرى أصحاب النظرية أن الأشخاص يستخدمون العقار لأنهم يتلقون مكافآت اجتماعية متمثلة في الصداقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من مدمني العقاقير المخدرة، كما اتفقت مع

دراسة العاني والعطار (2005) والتي توصلت إلى أن أحد أسباب تعاطي المخدرات هو مجاراة الأصدقاء. ودراسة (Hwang and Akers,2006) التي توصلت إلى أن تأثير الأقران أكبر من مما يمكن أن يقوم به الآباء والأمهات على المراهقين من الانخراط أو الامتناع عن السلوك المنحرف.

يرى تارد أن المتعاطي والشخص الذي يقلده لابد أن يكونا في مجتمع واحد ليكون الأتصال الاجتماعي بينهما كافياً حتى يؤدي التقليد دوره ووظيفته(الساعاتي، 1983، ص36)، وهذا يفسر ا

إرتفاع درجة الخطورة عند السبب (تعاطي أحد أصدقائي للمخدرات) إذ بلغ المتوسط الحسابي (4.01) والانحراف المعياري (1.33) عند الذكور، أما الإناث فقد بلغ المتوسط الحسابي (4.12) والانحراف المعياري(1.409). وبناء على نظرية التقليد فإن الفرد قد يتعاطى المخدرات أو يدمن عليها من خلال التقليد لأن احتكاك الأفراد بعضهم ببعض يساعد على نقل العادات والتقاليد وأنما ط السلوك سواء كان ايجابياً أو سلبياً بما في ذلك تعاطي المخدرات فهو بذلك سلوك اجتماعي مكتسب يتعلمه الفرد نتيجة المحاكاة والتقليد، ويكون ذلك في الجماعات ذات العلاقات القوية وخاصة جماعة الرفاق والأصدقاء، لأنها قادرة على تكييف الفرد وتطبيعه بطبائعها وسلوكياتها السليمة والمنحرفة، وتقوم بدور كبير في تشكيل شخصية الفرد لا سيما في مرحلة الشباب . ويرد تارد أن ذلك يحدث عندما تسود تلك الجماعة علاقات ومواجهات ولقاءات دائمة ومتواصلة، ونتيجة لتواصل الفرد الدائم معهم فإنه سوف ينسجم معهم ويعيش معهم اجواء فكرية تكون موحدة فيسهل اجتذابه معهم في دائرة تعاطي المخدرات (السناري، 2010، ص52). وتتفق نتيجة الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة Eiltle(2002) أن لجماعة الرفاق دوراً كبيراً في الدفع لارتكاب الجريمة والانحراف فهم يقومون بانتهاز الفرص المناسبة لخرق القانون وتقليد بعضهم بعض.

كما كان تأثير (توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها) مرتفعاً إذ بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين (4.12) والانحراف المعياري (1.07)، أما المتعاطيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.81) أما الانحراف المعياري (1.585) أكدت هذه النتيجة إحدى المبحوثات بقولها (أنا بلشت التعاطي بروسيا وكانت متوفره وسهل أني اشتريها ولما قررت أتعالج رجعت على البلد وهون انصدمت أنها كمان متوفره وبقدر اشتريها وبتوصلني للبيت)، حيث إن وجود وتوفر المخدر مؤشر قوي على تعاطي المخدرات والإدمان عليها، كما أن توفر المادة المخدرة في السوق

يساعد على تعاطيها والإدمان عليها، سيما وأن هذه المادة تأخذ شكلاً تجارياً بين عرض وطلب، وبالتالي القرب من بلدان العرض والطلب يؤثر سلبياً على ذلك المجتمع ويؤدي إلى انتشار المخدرات.

ويليه (وجود وقت فراغ طويل) حيث بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين (3.94) والانحراف المعياري (1.264)، أما المتعاطيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.83) أما الانحراف المعياري (1.543) أكدت ذلك إحدى المبحوثات بقولها (ما في شيء أعمله أنا عايشه أنا ووالدي لوحدنا، هو طول الوقت بالشغل وأنا بالبيت بظل أتابع برامج تلفزيون، دورت على شغل وما لقيت، وما إ للي أصدقاء هون بالبلد وما بحب أختلط بالقرايب)، وذلك لما يتعرض له الفرد من الضجر والسأم والشعور بالإغتراب، مما يدفع إلى ملء هذا الوقت بأي عمل كان، خصوصاً لدى الشباب لما يمتازون به من نشاط وحيوية وطاقة تبحث عن أسباب اللهو، واللجوء في كثير من الأحيان إلى أصدقاء السوء وإلى المقاهي، والسفر إلى المجتمعات التي توفر المخدرات.

وكان للسبب (الرغبة في تحقيق الإستقلالية والإحساس بالذات) تأثير مرتفع فبلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين (3.74) والانحراف المعياري (1.419)، أما عند المتعاطيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.81) والانحراف المعياري (1.522) أكدت هذه النتيجة إحدى المبحوثات بقولها (هربت من ظلم أهلي ونزلت على عمان وقعدت بفندق وقررت بيني وبين حالي أني أكون زي ما أنا بدي وأستغل وأصرف على حالي، أشتغلت ببار الفندق وهناك بلشت أتعاطي).

أكد هذه النتيجة الرائد مازن المقابلة مدير مركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات فحصر أسباب تعاطي المخدرات وبحسب الحالات التي تراجع المركز بالجهل وعدم المعرفة بالمواد المخدرة، رفاق السوء، محاولة إثبات الذات، تقليد الآخرين، مشاكل عائلية وعاطفية، مشاكل مادية واقتصادية، إهمال الأهل وعدم المتابعة من الوالدين، وأخيراً حب التجربة والفضول).

كما أكد العاملون في المركز الوطني لعلاج الإدمان من خلال مقابلتهم أن أسباب التعاطي بناء على خبرتهم في هذا المجال هي التدخين، غياب الرقابة الأسرية، غياب أحد الوالدين،التفكك الأسري، الترف المادي والمشاكل الأقتصادية، الهروب من المشكلات، تعاطي الأصدقاء، البيئة الاجتماعية.

أما الأسباب الأقل تأثيرا عند المتعاطين فقد كان (تعاطي احد أفراد الأسرة للمخدرات) حيث كانت منخفضة بمتوسط حسابي (1.81) وانحراف معياري (1.231)، وعند المتعاطيات كانت عند السبب (تعاطيت المخدرات لاني عاطل عن العمل ولم تتوفر فرصة عمل مناسبة لي) بمتوسط حسابي (2.71) وانحراف معياري (1.649)، ولم تكن البطالة وعدم توفر فرصة عمل سببا قويا للتعاطي من قبل الإناث،فلم تتفق النتيجة مع الدراسة التي أجرتها وزارة التنمية الإجتماعية (2008) والتي توصلت فيها إلى أن المخدرات ترتبط بالبطالة ولا ترتبط بالفقر من ناحية السبب.

4-3. النتائج المتعلقة بالآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

للإجابة عن السؤال الثالث الذي ينص على " ما الآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات عند كل من المتعاطين والمتعاطيات من منظور النوع الاجتماعي؟" تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأثار المترتبة على تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطيين والمتعاطيات، مرتبة تنازليا حسب المتوسط الحسابي للفقرة.

4-3-1 النتائج المتعلقة ب الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

جدول(20) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات مرتبة تنازليا من وجهه نظر المتعاطين والمتعاطيات

الجنس	الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة تأثير الأثر
الذكور	تركت الفروض والواجبات الدينية	4.39	.938	مرتفعة جدا
	أصبحت اشعر الانطواء والعزلة عن الآخرين	4.28	1.193	مرتفعة جدا
	أهمل الواجبات والمسؤوليات	4.25	.910	مرتفعة جدا
	أشعر أنني أصبحت أنسان كسول وذو تفكير سطحي	4.19	1.017	مرتفعة
	توقفت عن ممارسة الأنشطة و الهوايات الشخصية	4.08	1.129	مرتفعة
	سآءت علاقتي بأصدقائي غير المتعاطين	4.02	1.273	مرتفعة
	أصبحت انسان عنيف جداً	3.91	1.408	مرتفعة
	أصبحت شديد الحساسية	3.90	1.118	مرتفعة
	سآءت علاقتي بأفراد أسرتي	3.84	1.129	مرتفعة
	سآءت علاقتي بوالدي	3.78	1.171	مرتفعة
	لم أعد أهتم بمظهري الخارجي وإهملت نظافتي الشخصية	3.60	1.289	مرتفعة
	أصبحت أشعر أني أشكل وصمة عار على أسرتي والمجتمع	3.59	1.350	مرتفعة

	أصبحت أسرتي تعاني من التوتر والخلافات المسقرة	3.53	1.480	مرتفعة
	أصبحت أكذب واختلق المبررات والخداع للحصول على المال	3.52	1.383	مرتفعة
	أصبحت أقوم بعمل المنكرات وما يخالف عادات وتقاليد المجتمع	3.50	1.376	مرتفعة
	سآءت علاقتي بزوجي/زوجتي	3.25	.876	متوسطة
	ساءت علاقتي بأولادي	3.03	.830	متوسطة
	حاولت الأنتحار	3.02	1.600	متوسطة
	أنفصلت عن زوجي /زوجتي	2.95	1.135	متوسطة
	قمت بخيانة زوجي / زوجتي	2.91	1.031	متوسطة
	تفككت أسرتي	2.61	1.356	متوسطة
	مارست الدعارة لتوفير المادة المخدرة	1.81	1.164	منخفضة
	الدرجة الكلية	**3.5446**	**.60038**	**مرتفعة**
الإناث	أصبحت شديد الحساسية	4.58	.848	مرتفعة جدا
	أصبحت اشعر الانطواء والعزلة عن الآخرين	4.42	.936	مرتفعة جدا
	أصبحت أشعر أني أشكل وصمة عار على أسرتي والمجتمع	4.35	1.153	مرتفعة جدا
	أصبحت انسان عنيف جداً	4.33	.964	مرتفعة جدا
	سآءت علاقتي بأفراد أسرتي	4.21	1.333	مرتفعة جدا
	أهمل الواجبات والمسؤوليات	4.19	1.358	مرتفعة
	تركت الفروض والواجبات الدينية	4.13	1.456	مرتفعة
	سآءت علاقتي بزوجي/زوجتي	4.06	1.037	مرتفعة
	أصبحت أكذب واختلق المبررات والخداع للحصول على المال	4.06	1.461	مرتفعة
	سآءت علاقتي بوالدي	4.06	1.474	مرتفعة
	توقفت عن ممارسة الأنشطة و الهوايات الشخصية	4.04	1.441	مرتفعة
	أشعر أنني أصبحت أنسان كسول وذو تفكير سطحي	3.94	1.349	مرتفعة
	أصبحت أسرتي تعاني من التوتر والخلافات المستمرة	3.87	1.509	مرتفعة
	حاولت الأنتحار	3.83	1.491	مرتفعة
	أصبحت أقوم بعمل المنكرات وما يخالف عادات وتقاليد المجتمع	3.63	1.509	مرتفعة
	أنفصلت عن زوجي /زوجتي	3.58	1.334	مرتفعة
	لم أعد أهتم بمظهري الخارجي وأهملت نظافتي الشخصية	3.58	1.538	مرتفعة
	تفككت أسرتي	3.54	1.514	مرتفعة
	سآءت علاقتي بأصدقائي غير المتعاطين	3.46	1.540	مرتفعة
	ساءت علاقتي بأولادي	3.31	1.276	متوسطة
	قمت بخيانة زوجي / زوجتي	2.98	1.448	متوسطة
	مارست الدعارة لتوفير المادة المخدرة	2.67	1.700	متوسطة
	الدرجة الكلية	**3.8549**	**0.6734**	**مرتفعة**

يوضح الجدول رقم (20) الآثار الاجتماعة لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات، حيث نلاحظ أن مدى تأثير تعاطي المخدرات على المتعاطين اجتماعياً كان مرتفعاً بمتوسط حسابي (3.5446) وإنحراف معياري (.60038)، وكذلك كان التأثير على المتعاطيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (3.8549) والإنحراف معياري (0.6734).

تعددت الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات لدى المتعاطين حيث كانت درجة التأثير عالية جدا عند الآثار التالية: (ترك الفروض والواجبات الدينية) بمتوسط حسابي (4.39) وانحراف معياري (.938)، و(الشعور بالانطواء والعزلة عن الآخرين) بمتوسط حسابي (4.28) وانحراف معياري (1.193)، و (إهمال الواجبات والمسؤوليات) بمتوسط حسابي (4.25) وانحراف معياري (.910).

كما كانت درجة تأثير تعاطي المخدرات اجتماعيا مرتفعة عند الآثار التالية: (ممارسة العنف) بمتوسط حسابي (3.91) وانحراف معياري (1.408)، و (الحساسية الزائدة) بمتوسط حسابي (3.90) وانحراف معياري (1.118)، و(سوء العلاقة مع أفراد الأسرة) بمتوسط حسابي (3.84) وانحراف معياري (1.129)، و (الشعور بوصمة العار) بمتوسط حسابي (3.59) وانحراف معياري (1.350) فكانت هذه أكثر الآثار الاجتماعية تأثيراً على المتعاطين.

أما الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات على المتعاطيات، فقد كان أهمها (الحساسية الزائدة) بمتوسط حسابي (4.58) وانحراف معياري (.848) وذلك لأن تعاطي المخدرات يزيد من التوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التواؤم والتكيف الاجتماعي. و(الشعور بالانطواء والعزلة عن الآخرين) بمتوسط حسابي (4.42) وانحراف معياري (.936)،وأكدت هذه النتيجة معظم المتعاطيات بقولهن "بطلت أحب أقعد مع حدى .. بحب أكون لحالي".

إضافة إلى (الشعور بوصمة العار) بمتوسط حسابي (4.35) وانحراف معياري (1.153) وهذا يتفق مع نظرية الوصم التي ترى أنه كلما كانت الوصمة خطيرة زادت ردة فعل الجماعة على انتهاك القاعدة القانونية بناء على نظرية الوصم، وإن تعاطي المخدرات يعد شكلاً من أشكال الانحراف في مجتمعنا كونه يتعارض مع القيم والعادات والتقاليد ويتعارض مع ثقافة مجتمعنا الدينية على وجه الخصوص، فينفر منهم أفراد المجتمع وينبذونهم ويحاولون عدم الاختلاط بهم حتى

الأقارب والجيران، بل ينظر إليه على أنه إنسان شاذ أو نموذج اجتماعي سيء، وهذه الوصمة التي تلاحقه حتى بعد العلاج وغالباً ما تكون سبباً في رجوع المتعاطي وإلى تكرار الإدمان على المخدرات، وفي الحقيقة عملية الوصم يكون تأثيرها على المرأة أكثر من الرجل، لذلك نجد الأمر يزداد تعقيداً إذا تعرضت الفتاة في الأسرة إلى التعاطي، لذا نجد أن الأهل يحاولون التكتم على ذلك وأحياناً يرفضون إرسالها إلى المستشفى للعلا ج لتخوفهم من وصمة العار، لأنها بذلك سوف تترك السمعة السيئة لها ولأسرتها.

كما كان لأثر (ممارسة العنف) تأثيراً مرتفعاً جداً بمتوسط حسابي (4.33) وانحراف معياري (.964) خاصة على نفس المتعاطي بإيذاء الجسد بالضرب والتشطيب بأداة حاده حيث ظهر ذلك واضحاً على جسد معظمهن خاصة اليدين، وخلال المقابلات تم سؤالهن عن سببها فأكدن أنهن من قام بذلك الإيذاء، والأثر (سوء العلاقة مع أفراد الأسرة) بمتوسط حسابي (4.21) وانحراف معياري(1.333).

أما الأثر (سوء العلاقة مع الزوج) فقد كانت مرتفعة التأثير بمتوسط حسابي (4.06) وانحراف معياري (1.037)، و (الانفصال عن الزوج) بمتوسط حسابي (3.58) وانحراف معياري (1.334)، و(تفككت أسرتي) بمتوسط حسابي (3.54) وانحراف معياري (1.514)، ويفسر ذلك أن تعاطي المخدرات يحدث مؤثرات شديدة وحساسيات زائدة، ما يؤدي إلى إساءة علاقات المتعاطيه بكل من يعرفها . فهي تؤدي إلى سوء العلاقة الزوجية والأسرية، ما يدفع إلى تزايد احتمالات وقوع الطلاق وانحراف الأطفال وتزايد أعداد الأحداث المشردين وتسوء العلاقة بين المدمنة وجيرانها، فتحدث الخلافات والمناوشات والمشاجرات، وتتفق هذه النتيجة مع أقوال العاملين في المركز الوطني لعلاج المد منين إذ أكدوا على أن معظم المتعاطيات قد تزعزت علاقتهن بأزواجهن وانفصلن عنهم بسبب تعاطيهن للمخدرات علما أن العلاقة كانت قبل ذلك مستقرة.

كما كانت درجة تأثير تعاطي المخدرات اجتماعيا مرتفعة على المتعاطيات عند الآثار التالية : (إهمال الواجبات والمسؤوليات) بمتوسط حسابي (4.19) وانحراف معياري (1.358)، و(ترك الفروض والواجبات الدينية) بمتوسط حسابي (4.13) وانحراف معياري (1.456)، و(محاولة الانتحار) بمتوسط حسابي (3.83) وانحراف معياري (1.491)، ويعود ذلك إلى أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى إخلال في التوازن والتفكير ما يؤدي إلى عدم تمكن المتعاطي من إقامة

علاقات طيبة مع الآخرين ولا حتى مع نفسه ما يتسبب في سيطرة (الأسوأ وعدم التكيف وسوء التوافق والتواؤم الاجتماعي على السلوكيات وكل مجريات حياته الأمر الذي يؤدي به في النهاية إلى الخلاص من واقعة المؤلم بالانتحار)، فهناك علاقة وطيدة بين تعاطي المخدرات والانتحار وإن معظم حالات الوفاة التي سجلت كان السبب فيها هو تعاطي جرعات زائدة من المخدر.

يرى أصحاب نظرية التعلم أن التفاعل مع الأشخاص غير المستخدمين للعقاقيرغالبا ما يكون غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير، وهذا يفسر أرتفاع درجة الخطورة عند الأثر (سوء العلاقة مع الأصدقاء غير المتعاطين) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (4.02) وانحراف معياري (1273)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.46) وانحراف معياري (1.540).

كما كانت درجة التأثيرمرتفعة عند كل من المتعاطين والمتعاطيات عند الآثار (الكذب واختلاق المبررات والخداع للحصول على المال) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.52) وانحراف معياري (1.383)، والمتعاطيات بمتوسط حسابي (4.06) وانحراف معياري (1.461) حيث أكدت هذه النتيجة إحدى المبحوثات بقولها "كان يعطيني اشتري اغراض للبيت فانا كنت اكذب على جوزي وما اكون شريت الاغراض اللي حكيتله عنها كلها عشان يظل معي مصاري اشتري الجرعة".

والأثر (قيام بعمل المنكرات وما يخالف عادات وتقاليد المجتمع) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.50) وانحراف معياري (1.376)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.63) وانحراف معياري (1.509)، وهذا يتفق مع ال نظرية المعرفية السلوكية والتي ترى أن المدمنين يشعرون غالباً أنهم لايستطيعون التحكم في أي شيء، وهذا يؤثر على سلوكهم، فيسلكون سلوكاً قهرياً لا يستطيعون فعلا التحكم به.

و(الشعور بالكسل وتفكير سطحي) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (4.19)، وانحراف معياري (1.017)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.94)، وانحراف معياري (1.349). و(التوقف عن ممارسة الأنشطة و الهوايات الشخصية) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (4.08) وانحراف معياري (1.129)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (4.04) وانحراف معياري (1.441)، وتتفق هذه النتيجة مع ما قالته الأخصائية الاجتماعية بالمركز الوطني لعلاج المدمنين " معظم المتعاطين والمتعاطيات ليست لديهم الرغبة بالقيام بأي نشاط أو هواية".

و(إهمال المظهر الخارجي والنظافة الشخصية) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.60) وانحراف معياري (1.289)،عند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.58) وانحراف معياري (1.538) وتتفق هذه النتيجة مع ما تم ملاحظته خلال المقابلات التي أجريت مع المتعاطين والمتعاطيات كما أكدها كل العاملين بالمراكز التي أجريت فيها الدراسة.

و(سوء العلاقة بالوالدين) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.78) وانحراف معياري (1.171)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (4.06)وانحراف معياري (1.474)، و (معاناة الأسرة من التوتر والخلافات المستمرة) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.53) وانحراف معياري (1.480)، عند المعاطيات بمتوسط حسابي (3.87) وانحراف معياري (1.509).

2-3-4 النتائج المتعلقة ب الآثار الاقتصا دية لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

جدول(21) الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات مرتبة تنازليا من وجهه نظر المتعاطين والمتعاطيات

الجنس	الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة خطورة الأثر
الذكور	فقدت الكثير من المال على شراء المخدرات	4.50	.879	مرتفعة جدا
	تعرضت للإحتيال وخسارة مالي	3.98	1.257	مرتفعة
	أصبحت أهمل العمل و لا اكترث به	3.91	1.059	مرتفعة
	أشعر بعدم الكفاءة والحماس والإرادة لتحقيق مهام عملي	3.88	1.042	مرتفعة
	لم تعد لدي القدرة على العمل أو الاستمرارية فيه	3.55	1.204	مرتفعة
	فقدت عملي	3.45	1.330	مرتفعة
	أصبحت أعاني من كثرة الديون	3.14	1.510	متوسطة
	تم فرض العقوبات المالية والإدارية لأني أصبحت أقصر بعملي بسبب التعاطي	3.05	1.352	متوسطة
	ترك أبنائي المدرسة/ الجامعة للعمل	2.60	.826	متوسطة
	قمت ببيع أدوات وممتلكات منزلي لشراء المخدرات	2.43	1.458	منخفضة
	سرقت من أموال أسرتي لشراء المخدرات	2.23	1.326	منخفضة
	الدرجة الكلية	**3.3375**	**.69572**	**متوسطة**
الإناث	فقدت الكثير من المال على شراء المخدرات	4.27	1.140	مرتفعة جدا
	أشعر بعدم الكفاءة والحماس والإرادة لتحقيق مهام عملي	4.04	1.137	مرتفعة

	أصبحت أعاني من كثرة الديون	3.69	1.579	مرتفعة
	أصبحت أهمل العمل و لا اكترث به	3.67	1.451	مرتفعة
	تعرضت للإحتيال وخسارة مالي	3.65	1.480	مرتفعة
	سرقت من أموال أسرتي لشراء المخدرات	3.52	1.615	مرتفعة
	لم تعد لدي القدرة على العمل أو الإستمرارية فيه	3.40	1.445	مرتفعة
	تم فرض العقوبات المالية والإدارية لأني أصبحت أقصر بعملي بسبب التعاطي	3.40	1.418	مرتفعة
	قمت ببيع أدوات وممتلكات منزلي لشراء المخدرات	3.38	1.561	متوسطة
	فقدت عملي	2.96	1.533	متوسطة
	ترك أبنائي المدرسة/ الجامعة للعمل	2.96	1.298	متوسطة
	الدرجة الكلية	**3.5420**	**1.02267**	**مرتفعة**

يشير الجدول رقم (21) إلى الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات، وقد تبين أن درجة تأثير تعاطي المخدرات على المتعاطين اقتصادياً كانت متوسطة إذ بلغ المتوسط الحسابي (3.3375) والانحراف معياري (69572.)، أما المتعاطيات فقد كانت درجة التأثير مرتفعة بمتوسط حسابي (3.5420) وانحراف معياري (1.02267).

يعد الأثر (فقدان الكثير من المال على شراء المخ درات) من أكثر الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات تأثيراً على المتعاطين والمتعاطيات، فقد بلغت المتوسط الحسابي عند المتعاطين (4.50) والانحراف المعياري (879.)، أما المتعاطيات فقد بلغ المتوسط الحسابي (4.27) والانحراف المعياري (1.140) واكد هذه النتيجة أحد المبحوثين بقوله "ما ظل عندي شي صفيت على الحديدة" وإحدى المبحوثات بقولها "جوزي كان يعطيني فلوس كتير وما كان يسألني شو عملت فيهم ". ويرجع ذلك إلى أن المتعاطين والمتعاطيات بما ينفقون من مال على تعاطي المخدرات يقتطعون جزءاً كبيراً من دخل الأسرة، وهم بذلك يمثلون عبئ اً اقتصادياً عليها، وباستقطاع ذلك الجزء من الدخل تتأثر الحالة المعيشية للأسرة، ولا يستطيعون تلبية الاحتياجات الضرورية لأفراد الأسرة، مما يدفعهم إلى الشروع في بعض الأعمال غير المشروعة، كالتسول أو السرقة أو الدعارة، وكلها من الأمراض الاجتماعية التي تفتك بالفـرد والأسرة والمجتمع . كما أن المتعاطين والمتعاطيات الذين ينفقون مالهم على تعاطي المخدرات لا يكونون مقدرين للمسؤولية الملقاة عل ى عاتقهم ولا يستطيعون القيام بالأدوار الاجتماعية والاقتصادية المطلوبه منهم. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة Kelly and other (2009) والتي أكدت أن متعاطين ينفقون أموالاً كثيرة على المخدرات.

كما كانت درجة التأثير مرتفعة عند المتعاطين عند الأثر (فقدان العمل) بمتوسط حسابي (3.45) وانحراف معياري (1.330) ويعزى ذلك إلى حدوث تراجع في الأداء الوظيفي، ويمكن أن ينقطع المتعاطي فترات طويلة عن العمل أو يفصل من عمله، وينعكس ذلك على العائلة، لذلك نجد بأن المتعاطين وعائلاتهم يعيشون مستوى أقل من مستواهم، اتفقت هذه النتيجة مع أحد المبحوثين " لما عرف معلمي إني بتعاطى طردني من الشغل " وما أكده العاملون في المراكز التي أجريت فيها الدراسة أن معظم المتعاطين الذين يلجأون للعلاج عاطلون عن العمل بسبب تعاطي المخدرات.

وأما المتعاطيات فقد كان التأثير مرتفعا عند الآثار التالية : (المعاناة من كثرة الديون) بمتوسط حسابي (3.69) وانحراف معياري (1.579)، و(سرقت أموال الأسرة لشراء المخدرات) بمتوسط حسابي (3.52) وانحراف معياري (1.615)، و(فرض العقوبات المالية والإدارية للتقصير بالعمل بسبب التعاطي) بمتوسط حسابي (3.40) وانحراف معياري (1.418)، ويرجع ذلك إلى انه عندما يلح متعاطو المخدرات على تعاطي مخدر ما ولا يتوفر للمتعاطي دخل ليحصل به على الجرعة الاعتيادية (وذلك أثر إلحاح المخدرات) فإنه يلجأ إلى الاستدانة وربما إلى إعمال منحرفة وغير مشروعة مثل قبول رشوة والاختلاس والسرقة والبغاء وغيرها . وهو بهذه الحالة قد يبيع نفسه وأسرته ومجتمعه.

إضافة إلى أن درجة التأثير كانت مرتفعة عند المتعاطين والمتعاطيات على حد سواء عند الآثار التالية: (التعرض للإحتيال وخسارة الأموال) عند المتعاطين (3.98) وانحراف معياري (1.257)، عند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.65) وانحراف معياري (1.480) وتتفق هذه النتيجة مع قول أكثرهم "مرات كنت اشتري جرعة المخدرات باضعاف سعرها لما كنت بدي ويكون مقطوع".

(إهمال العمل وعدم اكترث به) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.91) وانحراف معياري (1.059)، عند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.67) وانحراف معياري(1.451)، و(الشعور بعدم الكفاءة والحماس والإرادة لتحقيق مهام العمل) عند المتعاطين (3.88) وانحراف معياري (1.042)، عند المتعاطيات بمتوسط حسابي (4.04)وانحراف معياري (1.137)، و(عدم القدرة على العمل أو الاستمرارية فيه) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.55) وانحراف معياري (1.204)، عند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.40) وانحراف معياري (1.445).

كانت درجة التأثير منخفضة لدى المتعاطين عند الأثر (بيع أدوات و ممتلكات المنزل لشراء المخدرات) بمتوسط حسابي (2.43) وانحراف معياري (1.458)، والأثر (سرقت أموال الأسرة لشراء المخدرات) بمتوسط حسابي (2.23) وانحراف معياري (1.326)، أما عند المتعاطيات فقد كانت متوسطة عند الأثر (ترك الأبناء المدرسة/ الجامعة للعمل) بمتوسط حسابي (2.96) وانحراف معياري (1.298).

3-3-4 النتائج المتعلقة ب الآثار الصحية لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

جدول(22) الآثار الصحية لتعاطي المخدرات مرتبة تنازليا من وجهة نظر المتعاطين والمتعاطيات

الجنس	الآثار الصحية لتعاطي المخدرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التأثير الأثر
الذكور	صداع مزمن مصحوب بإحمرار العينين	4.20	1.096	مرتفعة جدا
	قل نشاطي وحيويتي	4.19	1.120	مرتفعة
	أصبح جسدي نحيف وهزل	4.08	1.172	مرتفعة
	أعاني من فقدان الشهية وأضطرابات في الجهاز الهضمي	4.07	1.194	مرتفعة
	فقدان بالذاكرة وعدم التركيز	3.97	1.292	مرتفعة
	أختلال في التوازن	3.89	1.311	مرتفعة
	ضعفت قدرتي على مقاومة المرض	3.29	1.445	متوسطة
	إلتهاب المعدة المزمن	3.27	3.331	متوسطة
	انخفاض القدرة الجنسية	3.17	1.408	متوسطة
	الإجهاض المتكرر	2.99	.223	متوسطة
	زيادة اضطرابات الدورة الشهرية	2.99	.223	متوسطة
	تشوهات لدى الاطفال	2.98	.199	متوسطة
	موت الجنين	2.98	.199	متوسطة
	نقص نمو الجنين	2.98	.199	متوسطة
	الولادة المبكرة	2.98	.199	متوسطة
	الإحساس بهلوسات سمعية وبصرية وشمية وذوقية	2.98	1.477	متوسطة
	نوبات صرعية بسبب الوقف عن استخدام المخدر	2.72	1.372	متوسطة
	إضطراب بعمل القلب والأوعية الدموية	2.56	1.337	منخفضة
	الإصابة بسرطان	2.52	.844	منخفضة
	البرود الجنسي	2.50	1.361	منخفضة
	ارتفاع ضغط الدم فقر الدم الشديد	2.49	1.285	منخفضة

	الإصابة بالإيدز	2.35	.921	منخفضة
	تلف الكبد / تضخم وإلتهاب	2.26	1.347	منخفضة
	الإصابة بالعقم	1.94	1.066	منخفضة
	الدرجة الكلية	**3.0961**	**.51706**	**متوسطة**
الإناث	أعاني من فقدان الشهية وأضطرابات في الجهاز الهضمي	4.71	.696	مرتفعة جدا
	أختلال في التوازن	4.25	1.082	مرتفعة جدا
	قل نشاطي وحيويتي	4.21	1.333	مرتفعة جدا
	صداع مزمن مصحوب بإحمرار العينين	3.96	1.495	مرتفعة
	زيادة اضطرابات الدورة الشهرية	3.92	1.266	مرتفعة
	أصبح جسدي نحيف وهزل	3.88	1.464	مرتفعة
	إلتهاب المعدة المزمن	3.87	1.428	مرتفعة
	فقدان بالذاكرة وعدم التركيز	3.79	1.486	مرتفعة
	أنخفاض القدرة الجنسية	3.69	1.351	مرتفعة
	ضعفت قدرتي على مقاومة المرض	3.69	1.528	مرتفعة
	إرتفاع ضغط الدم وفقر الدم الشديد	3.54	1.448	مرتفعة
	الإحساس بهلوسات سمعية وبصرية وشمية وذوقية	3.46	1.540	مرتفعة
	نوبات صرعية بسبب الوقف عن استخدام المخدر	3.35	1.399	متوسطة
	الإجهاض المتكرر	3.19	1.387	متوسطة
	إضطراب بعمل القلب والأوعية الدموية	3.02	1.421	متوسطة
	البرود الجنسي	2.92	1.453	متوسطة
	نقص نمو الجنين	2.83	1.248	متوسطة
	الولادة المبكرة	2.81	1.253	متوسطة
	تلف الكبد / تضخم وإلتهاب	2.75	1.467	متوسطة
	موت الجنين	2.65	1.136	متوسطة
	تشوهات لدى الاطفال	2.29	1.016	منخفضة
	الإصابة بالعقم	2.17	1.279	منخفضة
	الإصابة بالإيدز	2.08	1.152	منخفضة
	الإصابة بسرطان	1.96	1.047	منخفضة
	الدرجة الكلية	**3.2917**	**.69320**	**متوسطة**

يوضح الجدول رقم (22) والذي يمثل الآثار الصحية لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات، أن درجة تأثير تعاطي المخدرات صحياً على المتعاطين كان متوسطاً إذ بلغ المتوسط حسابي (3.0961) والانحراف المعياري (.51706)، وكذلك المتعاطيات فقد كانت درجة التاثير متوسطة بمتوسط حسابي (3.2917) وانحراف معياري (.69320).

من أهم الآثار الصحية لتعاطي المخدرات على المتعاطين (الصداع المزمن المصحوب باح مرار العينين) بمتوسط حسابي (4.20) وانحراف معياري (1.096) وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان (2008) والتي أكدت على أن تعاطي المخدرات يحدث أمراض صدرية والإنهاك والصداع.

كما كان للأثر (قلة النشاط وحيوية) تأثيرً مرتفع على المتعاطين بمتوسط حسابي (4.19) وانحراف معياري (1.120) وتتفق هذه النتيجة مع قول معظم المتعاطين "بحس حالي مش قادر أعمل أشي على طول تعبان "، والأثر (اختلال في التوازن) متوسط حسابي (3.89) وانحراف معياري (1.311).

أما تأثير تعاطي المخدرات صحيا على المتعاطيات فقد كان مرت فعا جدا عند الأثر (فقدان الشهية واضطرابات في الجهاز الهضمي) بمتوسط حسابي (4.71) وانحراف معياري (.696) وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان (2008) والتي أكدت على أن تعاطي المخدرات يحدث متاعب في الجهاز الهضمي . ومن ثم الأثر (اختلال في التوازن) بمتوسط حسابي (4.25) وانحراف معياري (1.082)، والأثر (قلة النشاط وحيوية) بمتوسط حسابي (4.21) وانحراف معياري (1.333) أكدت هذه النتيجة بقول إحدى المبحوثات "بظل متمدده على السرير بحس حالي مش قادره أقوم أعمل اشي".

كما أثر تعاطي المخدرات على المتعا طيات بدرجة مرتفعة عند الآثار التالية : (الصداع المزمن المصحوب باحمرار العينين) بمتوسط حسابي (3.96) وانحراف معياري (1.495)، و(زيادة اضطرابات الدورة الشهرية) بمتوسط حسابي (3.92) ونحراف معياري (1.266) بسبب تأثير المخدرات على هرمون الأنوثة وهذا ما أكدته معظم المبحوثات، و(التهاب المعدة المزمن) بمتوسط حسابي (3.87) وانحراف معياري (1.428) مما يعيق المعدة عن القيام بوظيفتها وهي هضم الطعام، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان(2008) حيث أكدت أن من الآثار الصحية لتعاطي المخدرات (الصداع، م تاعب الجهاز الهضمي، والضعف الجنسي).

ويلي ذلك (انخفاض القدرة الجنسية) بمتوسط حسابي (3.69) وانحراف معياري (1.351) حيث أن المخدرات تؤثر في الغدد التناسلية ما يؤدي إلى البرود الجنسي . ومن ثم (ضعف القدرة على

مقاومة المرض) بمتوسط حسابي (3.69) وانحراف معياري (1.528) ويرجع السبب في ذلك إلى فقدان الشهية للطعام، و يليه الأثر (ارتفاع ضغط الدم وفقر الدم الشديد) بمتوسط حسابي (3.54) وانحراف معياري (1.448)، و (الإحساس بهلوسات سمعية وبصرية وشمية وذوقية) بمتوسط حسابي (3.46) وانحراف معياري (1.540)، ويعود السبب في ذلك إلى أن الم خدر يسبب التهاب المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكونه، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة، وإلى الهلاوس السمعية والبصرية والشمية والذوقية.

كما أن تعاطي المخدرات يؤثر بشكل مرتفع على المتعاطين والمتعاطيات على حد سواء عند الآثار التالية: (هزل الجسد وفقد ان الوزن) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (4.08) وانحراف معياري (1.172)، وعند المتعاطيات متوسط حسابي (3.88) وانحراف معياري (1.464)، و (فقدان الشهية واضطرابات في الجهاز الهضمي) متوسط حسابي (4.07) وانحراف معياري (1.194)، و(فقدان بالذاكرة وعدم التركيز) عند المتعاطين متوسط حسابي (3.97) وانحراف معياري (1.292)، وعند المتعاطيات متوسط حسابي (3.79) ونحراف معياري (1.486) ففقدان الشهية للطعام يؤدي إلى النحافة والهزال، والضعف المصحوب باصفرار الوجه أو اسوداده لدى المتعاطي، كما تسبب قلة النشاط والحيوية وضعف المقاومة للمرض والذ ي يؤدي إلى دوار وصداع مزمن مصحوب باحمرار في العينين، ويحدث اختلال في التوازن والتآزر العصبي وهذا ما أكده العاملون مع المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج.

أما أقل الآثار الصحية لتعاطي المخدرات تأثيرا عند المتعاطين فكانت للأثر (الإصابة بالعقم) بمتوسط حسابي (1.94) وانحراف معياري (1.066)، وأما المتعاطيات فقد كانت عند الأثر (الإصابة بسرطان) بمتوسط حسابي (1.96) وانحراف معياري (1.047).

4-3-4 النتائج المتعلقة ب الآثار ال نفسية لتعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

جدول(23) الآثار النفسية لتعاطي المخدرات مرتبةتنازليا من وجهه نظر المتعاطين والمتعاطيات

الجنس	الآثار النفسية لتعاطي المخدرات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة تأثير الأثر
الذكور	الشعور بالاكتئاب	4.25	1.152	مرتفعة جدا
	الشعور بعدم الاستقرار	4.20	1.114	مرتفعة جدا
	إختلال التفكير العام وعدم التركيز	4.06	1.112	مرتفعة
	عدم الحكم الصحيح على الأمور	4.02	1.029	مرتفعة
	الشعور بالانقباض والعصبية وحدة المزاج	4.02	1.010	مرتفعة
	الإحساس بالغربة عن النفس	3.97	1.253	مرتفعة
	الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر	3.94	1.333	مرتفعة
	الشعور بالتبلد وجمود الإنفعال وعدم الاستجابة والإستثارة	3.91	1.050	مرتفعة
	عدم إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء	3.48	1.375	مرتفعة
	الإصابة بالهذيان والهلوسات	3.42	1.380	مرتفعة
	أختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول	3.25	1.424	متوسطة
	أختلال الإتزان وتشنجات والصعوبة بالنطق	3.09	1.401	متوسطة
	أختلال إدراك الحجم بالاتجاه نحو التضخم	3.03	1.403	متوسطة
	الدرجة الكلية	**3.7403**	**.79181**	**مرتفعة**
الإناث	الشعور بالاكتئاب	4.83	.430	مرتفعة جدا
	الشعور بالانقباض والعصبية وحدة المزاج	4.77	.469	مرتفعة جدا
	الشعور بعدم الاستقرار	4.73	.564	مرتفعة جدا
	الشعور بالتبلد وجمود الإنفعال وعدم الاستجابة والإستثارة	4.69	.729	مرتفعة جدا
	الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر	4.65	.764	مرتفعة جدا
	الإحساس بالغربة عن النفس	4.58	.801	مرتفعة جدا
	أختلال الإتزان وتشنجات والصعوبة بالنطق	4.35	.883	مرتفعة جدا
	إختلال التفكير العام وعدم التركيز	4.27	1.239	مرتفعة جدا
	عدم الحكم الصحيح على الأمور	3.94	1.290	مرتفعة
	الإصابة بالهذيان والهلوسات	3.90	1.287	مرتفعة
	عدم إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء	3.17	1.505	متوسطة
	أختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول	3.13	1.469	متوسطة
	أختلال إدراك الحجم بالاتجاه نحو التضخم	3.04	1.442	متوسطة
	الدرجة الكلية	**4.1538**	**.53511**	**مرتفعة**

يتضح من الجدول رقم (23) والذي يمثل الآ ثار النفسية لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات، أن درجة تأثير تعاطي المخدرات على المتعاطين نفسيا مرتفعة بمتوسط حسابي

(3.7403) وانحراف معياري (.79181)، وكذلك المتعاطيات فقد كانت درجة التأثير مرتفعة بمتوسط حسابي (4.1538) وانحراف معياري (.53511).

حيث كانت درجة التأثير مرتفعة جدا لكل من المتعاطين والمتعاطيات عند الأثر (الشعور بالاكتئاب) بمتوسط حسابي (4.25) وانحراف معياري (1.152)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (4.83) وانحراف معياري (.430)، حيث تنتاب المتعاطي أفكار غير عقلانية ومشاعر سوداوية مؤلمة تتسبب في التردد في اتخاذ القرارات، هذا ويتسم الشخص المكتئب بانخفاض تقدير الذات، ويبالغ في الأمور التافهة ويجعلها ضخمة ومهمة، وقد يقوده هذا الشعور إلى الانتحار، وتتفق هذه النتيجة مع ما أكده كل العاملين بالمراكز التي أجريت فيها الدراسة إذ أن أغلب المتعاطين يصابون بإك تئاب بسبب تعاطي المخدرات.

كما يؤثر تعاطي المخدرات على المتعاطين نفسيا بدرجة مرتفعة جدا حيث يؤدي إلى (الشعور بعدم الاستقرار) بمتوسط حسابي (4.20) وانحراف معياري (1.114). ويليها بالتأثير المرتفع الآثار التالية: (اختلال التفكير العام وعدم التركيز) بمتوسط حسابي (4.06) وانحراف معياري (1.112)، و (الشعور بالانقباض والعصبية وحدة المزاج) بمتوسط حسابي (4.02) وانحراف معياري (1.010)، و(الإحساس بالغربة عن النفس) بمتوسط حسابي (3.97) وانحراف معياري (1.253)، و (الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر) بمتوسط حسابي (3.94) وانحراف معياري (1.333)، و(الشعور بالتبلد وجمود الانفعال وعدم الاستجابة والاستثارة) بمتوسط حسابي (3.91) وانحراف معياري (1.050)، و(عدم إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء) بمتوسط حسابي (3.48) وانحراف معياري (1.375).

أما تأثير تعاطي المخدرات على المتعاطيات نفسيا فقد كان مرتفعا جدا عند الأثر (الشعور بالانقباض والعصبية وحدة المزاج) بمتوسط حسابي (4.77) وانحراف معياري (.469)، و(الشعور بعدم الاستقرار) بمتوسط حسابي (4.73) وانحراف معياري (.564)، و(الشعور بالتبلد وجمود الانفعال وعدم الاستجابة والاستثارة) بمتوسط حسابي (4.69) وانحراف معياري (.729)، و(الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر) بمتوسط حسابي (4.65) وإنحراف معياري (.764) ويتفق هذا مع نظرية التعلم فتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطى المواد المخدرة يشعر بالهدوء والسكينة ويعتبر احساسه ه ذا دعما لتناول هذه المواد في

المرات التالية، ويليه الأثر (الإحساس بالغربة عن النفس) بمتوسط حسابي (4.58) وانحراف معياري (.801)، و (اختلال الإتزان وتشنجات والصعوبة بالنطق) بمتوسط حسابي (4.35) وانحراف معياري (.883)، و (اختلال التفكير العام وعدم التركيز) بمتوسط حسابي (4.27) وانحراف معياري (1.239).

كما كانت درجة التأثير تعاطي المخدرات نفسيا مرتفعة عند المتعاطين والمتعاطيات عند الأثرين التاليين: (عدم الحكم الصحيح على الأمور) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (4.02) وانحراف معياري (1.029)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.94) وانحراف معياري (1.290)، و(الإصابة بالهذيان والهلوسات) عند المتعاطين بمتوسط حسابي (3.42) وانحراف معياري (1.380)، وعند المتعاطيات بمتوسط حسابي (3.90) وانحراف معياري (1.287).

4-4 انتائج المتعلقة بالعلاقة بين أسباب تعاطي والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات والنوع الاجتماعي للمتعاطي

للإجابة عن السؤال الرابع الذي ينص على "هل توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى (α=0.05) في الدرجات الكلية للاسباب، والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماع ي للمتعاطي؟" للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الكلية للأسباب، والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماعي للمتعاطي، كما أجري اختبار (ت) للعينات المستقلة لفحص الفر وق بين المتوسطات، كما هو مبين في الجدول (24).

جدول(24) نتائج اختبار(ت) لفحص الفروق بين متوسطات أسباب تعاطي المخدرات والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات في ضوء متغير النوع الاجتماعي

القياس	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	الدلالة الاحصائية
أسباب تعاطي المخدرات	ذكور	101	3.3696	.61581	-4.155-	151	.000
	اناث	52	3.8419	.75451			
الاثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات	ذكور	101	3.5446	.60038	-2.905-	151	.004
	اناث	52	3.8549	.67336			
الاثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات	ذكور	101	3.3375	.69572	-1.459-	151	.147
	اناث	52	3.5420	1.02267			
الاثار الصحية لتعاطي المخدرات	ذكور	101	3.0961	.51706	-1.967-	151	.051
	اناث	52	3.2917	.69320			
الاثار النفسية لتعاطي المخدرات	ذكور	101	3.7403	.79181	-3.386-	151	.001
	اناث	52	4.1538	.53511			

يتبين من الجدول (24) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى (α= 0.05) في درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات تعزى لمتغير الجنس إذ بلغت قيمة (ت) (4.155) ويشير هذا إلى أن درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات قد جاءت أعلى لدى الإناث من الذكور. ويعزى لذلك إلى أن الأسباب التي تدفع الأنثى إلى تعاطي المخدرات كما ظهرت في نتائج الدراسة أكثر عدداً وخطورةً من الأسباب التي تدفع الذكور للتعاطي، فالرجل يندفع نحو تعاطي المخدرات لأسباب شخصية أو ذاتية تماماً، أي أنه لا يكون مقهوراً أو مشرداً، بينما تعود أهم الأسباب التي تدفع المرأة نحو المخدرات إلى وجود ثلاثة عوامل لتعاطي المرأة، وهي المشكلات بشتى أشكالها والقهر والأسرة، والمرأة إذا عانت من هذه العوامل الثلاثة في حياتها، فإنها سوف تدفعها كما لاحظنا إلى الانحراف والتعاطي كحل من وجهة نظرها لتخفيف حدة المشكلات ولتساعدها على تحمل الضغوط والقهر.

كما يتبين من الجدول (24) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى (α= 0.05) في درجة خطورة الاثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تعزى لجنس اذ بلغت قيمة (ت) (2.905)، ويشير هذا إلى أن درجة تأثير الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات قد جاءت أعلى لدى الاناث من الذكور. ويعزى ذلك إلى أن الوصمة الإجتماعية التي ترتبط بالأنثى تكون أكبر من ارتباطها بالذكر وذلك بسبب النظرة الدونية للمرأة وعدم قدرة المجتمع الصفح عن أخطائها وتقبلها حتى بعد خضوعها للعلاج وشفائها التام، وتتفق هذه النتيجة مع ما أكده الدكتور جمال العناني مدير المركز الوطني لعلاج الإدمان بقوله " الآثار والأضرار الاجتماعية التي تنتج عن التعاطي تكون على الإناث أكثر من الذكور وهي سبب بعدم إقدامهن على العلاج".

كما يتبين من الجدول (24) عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى (α= 0.05) في درجة تأثير الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخ درات تعزى لجنس حيث بلغت قيمة (ت) للآثار الاقتصادية (1.459) والآثار الصحية (1.967)، وهذا يشير إلى أن درجة خطورة الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخدرات قد جاءت متقاربة لدى كل من الذكور والاناث.

كما يتبين من الجدول (24) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى (α= 0.05) في درجة تأثير الآثار النفسية لتعاطي المخ درات تعزى لجنس حيث بلغت قيمة (ت) (3.386)، وهذا يشير إلى أن درجة خطورة الآثار النفسية لتعاطي المخدرات قد جاءت أكثر على الاناث من الذكور. والسبب في ذلك يعود إلى الخوف من اكتشاف أمر تعاطيها للمخدرات من قبل المجتمع والنبذ والرفض الذي سوف تتعرض له الأنثى في هذا الحال، حيث أكدت معظم المبحوثات أنهن يعشن في حالة خوف ورعب مستمر من أفتضاح أمر تعاطيهن للمخدرات وخضوعهن للعلاج لأنهن سوف يتعرضن للنبذ والعار هم وأسرهن، على عكس ما أكده المتعاطون بتكرار قول " انا رجال وما في شي بعيبني".

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة لنتائج الدراسة التي استهدفت التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم من منظور النوع الاجتماعي ؛ التعرف إلى الأسباب التي أدت إلى تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي ؛ والتعرف إلى الآثار الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي ، وأخيراً التعرف إلى العلاقة بين أسباب تعاطي والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية لتعاطي المخدرات والنوع الاجتماعي للمتعاطي.

وبحسب أهداف الدراسة وأسئلتها، حاولت الباحثة في هذا الفصل عرض النتائج العامة للدراسة ومناقشة أبرزها في ضوء ما تم عرضه من جداول وبيانات وعلاقتها بنتائج الدراسات السابقة والنظريات العلمية، ثم الخروج بتوصيات بناء على ما جاء من نتائج وذلك على النحو التالي:

1-5 الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لكل من المتعاطين والمتعاطيات الخاضعين للعلاج وأسرهم من منظور النوع الاجتماعي

توصلت الدراسة إلى أن غالبية المتعاطين والمتعاطيات للمخدارت من الفئة العمرية (25-29) والفئة العمرية (35 فأكثر)، ويعزى ذلك إلى كون هاتين الفئتين فئة الشباب حيث التطور الجسمي والفكري والعقلي الكبير والتطورات السريعة في التحول والتقلب وحب التجربة وإثبات الذات، ولكن عندما تكون هذه الفئة تعاني من المشاكل و الحرمان والقهر والفقر وعدم القدرة على تأمين تكاليف الحياة والزواج، وغياب استراتيجيات متكاملة للتكفل بالحاجات النفسية والاجتماعية، تكون أكثر استهدافا لمختلف ظواهر الانحراف وعلى رأسها تعاطي المخدرات . كما يفسر تعاطي الإناث في سن الشباب هو ما أوضحة العالم (دي جريف) الذي قال أن المتاعب الشهرية للمرأة والناشئة عن الطمث وكذلك فترة الحمل وانقطاع الطمث، تمضي في هدوء بالنسبة للنساء الطبيعات، أما بالنسبة للنساء غير المتزنات فإنهن إذا ما واجهن متاعب زائدة عن الحد فإنهن سرعان ما يتحولن إلى عدوانيات وغير متكيفات مع المجتمع (السناري، 2010، ص97-99).

تتفق نتيجة الدراسة مع الدراسة التي أجرها مركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات ووكالة الأبناء الأردنية (بترا) (2009) والتي توصلت إلى أن 140 من العينة بما نسبته 92.1% بدأت بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية داخل المملكة في الفئة العمرية بين 14- 30 سنة. لا تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة الحربي (2008) التي كشفت أن فئة المراهقات "مابين عمر 15 إلى أقل من 18 عاماً" هي الفئة العمرية الأكثر عند المتعاطيات للمخدرات، ودراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان (2008) التي أكدت على تدني سن بدء التعاطي بين المتعاطيات إلى 11 عاماً، إلا أنها تتفق مع ما توصلت إليه دراسة عمران (2005) إذ توصل الباحث إلى أن غالبية المدمنين هم من الشباب الذين لا تتجاوز أعمارهم ثلاثة وثلاثين عاماً، ولم تتفق مع ما توصلت إليه دراسة صايغ (2001) والتي حددت عمر التعاطي من 25 سنة فما دون.

أن غالبية المتعاطين والم تعاطيات مستواهم التعليمي ثانوي ، والمستوى التعليمي بكالوريوس فقط عند المتعاطيات، وتعزى هذه النتيجة إلى أن الفشل الدراسي وما يرافقه من شعور بالإحباط والاستياء وسوء الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية آلت دون إكمالهم تعليمهم ودفعتهم إلى الانحراف وتعاطي المخدرات . وهذا يتفق مع دراسة الحربي (2008) والتي توصلت إلى أنه كلما تدنى المستوى التعليمي للمرأة زاد ذلك من فرصة تعاطيها للمخدرات، فمعظم المتعاطيات ممن كان تعليمهن حتى المرحلة الثانوية، وذلك بنسبة 41.25٪، يليهن من كن في المرحلة المتوسطة بنسبة 25.75٪، ودراسة العاني والعطار (2005) التي توصلت الدراسة إلى أن للفشل في الدراسة وعدم وضوح الأهداف المستقبلية دورا مهما في دفع الطالب إلى تعاطي المخدرات . ودراسة الخطاطبة (2000) والتي أكدت على وجود علاقة بين المستوى التعليمي للفرد وتعاطي المخدرات فكلما ارتفع المستوى التعليمي قلت امكانية تعاطي المخدرات والعكس صحيح.

توصلت الدراسة إلى أن غالبية المتعاطين هم من العزاب إذ أن لتعاطي المخدرات مشاكل اجتماعية كثيرة جدا قد تدفع بكثير منهم للبقاء أعزب فترة طويلة ، والمتعاطيات فقد كن ّمن المتزوجات والمطلقات إذ كان تعاطي المخدرات ملجأ لهن من المشكلات الزواجية وضغوط الحياة التي يتعرضن لها. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة عمران (2005) والتي أكدت أن أغلب المتعاطين الذكور غير متزوجين، ودراسة الخطاطبة (2000) التي أكدت وجود علاقة بين الحالة الزواجية عند الفرد وبين تعاطي المخدارت وتوصلت إلى ارتفاع نسبة التعاطي عند العازبين. ولكنها لم تتفق مع دراسة الحربي (2008) التي توصلت إلى أن معظمهن من العازبات ثم

المتزوجات ، تليهن فئة المطلقات والمعلقات، إلا أنها أكدت أن ضعف العلاقة بين المرأة المتزوجة وزوجها يؤدي إلى وقوعها في المخدرات ، كما أن زوج المرأة المدمن له دور أساسي في تعاطي زوجته ، وضعف العلاقة بين المدمنة المتزوجة وزوجها يقودها للتعاطي، كما أن تعرض الزوجة للضرب من قبل الزوج يدفع بها نحو التعاطي.

أن معظم المتعاطين والمتعاطيات هم من سكان المدينة . إذ لا تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة الحربي (2008) والتي أشارت إلى أن المرأة التي تعيش في المناطق والأحياء الشع بية تزداد فرصة تعاطيها للمخدرات وذلك مقارنة بالمرأة التي تعيش في مناطق أخرى، كما تتدنى فرصة تعاطي المخدرات للمرأة التي تعيش في المناطق الراقية والمرت فعة في مستواها المعيشي مقارنة بالمرأة التي تعيش في مناطق متدنية أو مناطق متوسطة المعيشة، وهذا يوضح أن المرأة التي تعيش في الترف الزائد تتقارب فرصة تعاطيها للمخدرات مع فرصة تعاطي المرأة التي تعيش في مناطق وأحياء شعبية.

إلا أن نتيجة الدراسة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة الخطاطبة (2000) والتي أكدت وجود علاقة بين مكان سكن الفرد وتعاطي المخدرات، ودراسة عمران (2005) التي توصلت إلى أنهم يسكنون المدن.كما تتفق هذه النتيجة مع ما يراه تارد في أن الأفراد يقلدون بعضهم بدرجة أكبر كلما كانوا متقاربين وبينهم صلات أقوى، ولذلك ا لتقليد في المدن أكثر من القرى، لأن درجة الأختلاط والتفاعل بين الأفراد في المدن أقوى وأكثر (السناري، 2010، ص51).كما يرى تادر وهو رائد نظرية التقليد أن انتقال السلوك المنحرف بين الأفراد عن طريق الاتصال والاختلاط الاجتماعي، فالسلوك الانساني يحدث نتيجة التقليد لأفراد المجتمع بعضهم لبعض بسبب التفاعل والاحتكاك فعندما يتكون زحام بشري في مكان ما (كما في المدن) فإن الأفراد المكونين للحشد أو الزحام يكونون مختلفين عن بعضهم بعض غالباً، ولكن حدوث أي انفعال من أحدهم ينتقل بين صفوف الحاضرين مما يؤدي إلى انفعالهم وتحركهم وهذا سلوك جماعي نشأ بسبب التقليد (السناري، 2010، ص51).

أن أغلب المتعا طين والمتعاطيات يعملون عملا حراً ، ويعزى ذلك إلى الفشل الدراسي الذي حال دون إكمالهم تعليميهم وتخصصهم في مجالات علمية وحصولهم على فرص مناسبة . وتتفق

نتيجة الدراسة مع دراسة الخطاطبة (2000) التي أكدت على وجود علاقة بين العاملين في المهن اليدوية وبين تعاطي المخدرات.

أن أغلب المتعاطين والمتعاطيات الذين يعملون يتراوح دخلهم الشهري (300-499 دينارا).

أن معظم المتعاطين والمتعاطيات يحتلون ترتيباً متقدما بين أخوانهم وأخواتهم في الأسرة (الأول)، مما يشعرهم منذ الصغر بأنهم كبار وقد يتصرفون بحرية مطلقة أكثر من بقية الأخوة والأخوات مما يؤدي بهم إلى الانحرافات السلوكية غير المتزنة. ولا تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة عمران (2005) التي توصلت إلى ان أغلبهم جاء ترتيبهم في العائلة الوسط.

المستوى التعليمي لآباء المتعاطين والمتعاطيات كان متدنياً، حيث المستوى (أساسي) لآباء المتعاطين والثانوي الآباء المتعاطيات. أكدت دراسة عزوز (2005) أن الآباء كانوا أكثر ميلاً إلى استخدام أسلوب الحماية الزائدة، وهذان الأسلوبان مرتبطان بتدني المستوى التعليمي للوالدين، وكانت الفروق بين المدمنين بخصوص علاقة المستوى التعليمي للوالدين بأساليب التنشئة دالة فقط مع أسلوب القسوة والديمقراطية بالنسبة للأب ومع أسلوب الديمقراطية بالنسبة للأم . تعكس هذه النتيجة انخفاض مستويات الضبط والإشراف وغيره من العوامل المرتبطة بنمط التعليم والتربية وقد يؤدي إلى ممارسة الأبناء للسلوكيات الانحرافية غير المقبولة إجتماعياً.

المستوى التعليمي لأمهات المتعاطين والمتعاطيات كان متدنيا، فكانت أغلبية أمهات المتعاطين لا تقرأ ولا تكتب وأغلبية أمهات المتعاطيات بمستوى أساسي . وتدل هذه النتيجة إلى أن المستوى التعليمي المتدني للأمهات قد يساهم بشكل أو بآخر في عدم تفهم طبيعة الأبناء الأمر الذي قد يدفع بعضهم للانحراف والتعاطي . واتفقت نتيجة الدراسة مع دراسة الحربي (2008) التي توصلت إلى أن المتعاطيات للمواد المخدرة ينحدرن من أسر يقل أو يندر بها التعليم بالنسبة لآبائهم وأمهاتهم، وأن الأمهات أكثر جهلاً من الآباء ، كذلك أمر المرأة المتزوجة، فتدني المستوى التعليمي للزوج قد يساهم بشكل أو بآخر في دفع الزوجة نحو التعاطي.

توصلت الدراسة إلى أن مهنة الأب لكل من المتعاطين والمتعاطيات كانت عملا خاصا (حرا)، ربما يعود السبب في ذلك إلى تدني المستوى التعليمي كما يظهر في النتيجة السابقة.

توصلت الدراسة إلى أن مهنة الأم لكل من المتعاطين والمتعاطيات كانت ربة منزل . ربما يعود السبب في ذلك إلى ثقافة المجتمع وتدني المستوى التعليمي للأمهات.

توصلت الدراسة إلى ارتفاع في مستوى الدخل لأسر المتعا طين، حيث بلغ (1000 دينار فأكثر)، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة المالكي (2005) التي أكدت على ارتفاع دخل الأسرة. ودراسة وزارة التنمية الاجتماعية (2008) التي أكدت أن مستوى دخل المتعاطين يدل على أن أسرهم ليست فقيرة، بدلالة متوسط دخولها الشهرية، البالغ 509 دنانير(700 دولار أميركي) ما يعني تجاوز خط الفقر المعتمد أردنياً و هو 400 دينار (600 دولار). ودراسة المالكي (2005) حيث توصلت الدراسة إلى أن أكثر العوامل الاقتصادية التي تدفع لتعاطي المخدرات هي وجود دخل مالي كبير . ودراسة عبد المعتمد (2002) التي توضح أن أغلب المتعاطين من أسر ذات مستوى متوسط أو أعلى حيث المصروف المرتفع الذي يسهل شراء المخدرات فى البداية ، وفيما بعد قد يرتكب بعض الجرائم للحصول على المال.

أما دخل أسر المتعاطيات فقد كان متدنياً تراوح بين (300-499 دينارا) يليه الدخل (100-299%)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الحربي (2008) حيث أوضحت الدراسة أنه كلما زاد دخل والدي الفتاة زاد ذلك من فرصة تعاطيها لازدياد فرصة شرائها للمخدرة بمصروفها الكبير، وكذلك بالنسبة للمرأة المتزوجة فإن المستوى الاقتصادي لزوجها قد يلعب دوراً تجاه تعاطيها، حيث أن نسبة كبيره من المبحوثات بينّ أن الزوج ذا المستوى الاقتصادي العالي تتعاطى زوجته، بينما أفادت نسبة قليلة بقلة التعاطي لدي السيدات اللاتي أزواجهن ذوو مستوى اقتصادي عال . ودراسة عزوز (2005) التي أكدت أن الحالة الاقتصادية للأسرة كان متدنياً مقارنة بحجمها الكبير.

توصلت الدراسة إلى أن الحالة الزواجية للوالدين لكل من المتعاطين والمتعاطيات كات قائمة بينهما أي استمرار العلاقة بين الوالدين، إذ لا تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة عزوز (2005) حيث كشفت أن من سمات أسر المدمنين التفكك الأسري (فقدان أحد الوالدين، الطلاق، الهجر والأنفصال). ودراسة الحربي (2008) التي أكدت أن فقدان الوالدين أو أحدهما يقود الابنة إلى التعاطي، كما أن طلاق الوالدين يؤدي إلي التعاطي.

توصلت الدراسة إلى أن زواج الأم من رجل آخر كان دافعاً وراء إقدام الإناث على تعاطي المخدرات، إذ أكدت المبحوثات أن قسوة المعامله والتحرش الذي كن يتعرضن له من قبل زوج الأم هو أحد أسباب إقادمهن على التعاطي والإنحراف.

توصلت الدراسة إلى أن وجود زوجة أب لكل من المتعاطين والمتعاطيات سبب في إقدامهم على تعاطي المخدرات حيث أكدن على أن رفض زوجة الأب لهم وسوء المعاملة اللآتي كن يتعرضن لها إحدى أسباب إقدامهن على تعاطي المخدرات.

توصلت الدراسة إلى أن عدد أفراد الأسرة لكل من المتعاطين والمتعاطيات تراوح بين (5-8). ويشير هذا إلى أن حجم العائلة الكبير يزيد من احتمالية ضعف التماسك الاجتماعي وعدم تلقي أفرادها الخدمات المطلوبة مما يكون هذا سبباً في تأثر الأفراد وتوجههم لتعاطي المخدرات.

2-5 الأسباب التي أدت إلى تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

أظهرت نتائج الدراسة خطورة وتعدد الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات لكل من المتعاطين والمتعاطيات ، وكانت أسباب التعاطي من وجهة نظر المتعاطين كما يلي:

(حب الاستطلاع والتجربة، الاحساس بالفرح والسرور، توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها ، تعاطي أحد الأصدقاء للمخدرات ، وجود وقت فراغ طويل ، الهروب من المشكلات، الرغبة في تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات، والتعاطي لمجاراة الأصدقاء)

أما المتعاطيات فقد توصلت الدراسة إلى أن أهم أسباب تعاطي المخدرات كانت كالتالي:

(الهروب من المشكلات، الإحساس بالفرح والسرور، الإحساس بالقهر الاجتماعي، حب الاستطلاع والتجربة، عدم وجود رقابة أسرية، التعاطي لمجاراة الأصدقاء، تعاطي أحد الأصدقاء، وجود خلافات أسرية مزمنة، عدم التواصل والحوار م ع الأسرة، وجود وقت فراغ طويل، توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها، الرغبة في تحقيق الاستقلالية والإحساس بالذات، المعاناة من قسوة الوالدين، وإهمال الوالدين وعدم الإكتراث لأمور الأبناء).

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة الحربي (2008) التي توصلت إلى أن المشاكل الأسرية والتفكك الأسري وكثرة الخلافات بين أفراد الأسرة يعد من أهم الأسباب والعوامل الاجتماعية التي تدفع المرأة نحو التعاطي كطريق للهروب من الواقع . وأن هناك علاقة بين التنشئة الاجتماعية غير السليمة والانحراف ومنه تعاطي المرأة للمخدرات، فضعف ال علاقة بين الابنة ووالديها وكثرة المشكلات الأسرية يؤدي بها للتعاطي ، إلى جانب عدم إحساس الابنة بالحب والاهتمام من قبل والديها يؤدي إلى تعاطيها، وتفضيل والد الابنة أحد إخوانها أو أخواتها عليها قد يقودها إلى التعاطي ، وأكدت الدراسة على أن الصداقات تلعب دوراً كبيراً في تعاطي المرأة للمخدرات ، كما أن تأثير بعض وسائل الإعلام مثل الفيديو والتليفزيون والقنوات الفضائية والانترنت قد تحرض ا لمرأة نحو الانزلاق تجاه التعاطي، والمرأة التي لا تجد من تستطيع أن تلجأ إليه لمشاركتها في ما قد يعترضها من مشكلات؛ قد تندفع إلى الهروب من مواجهة المشكلة بالتعاطي، إضافة إلى أن الرغبة في التقليد ومسايرة الآخرين وتزيين طريق إدمان المخدرات، ثم يأتي البحث عن الشعور بالسعادة أو النشوة من الأسباب الاجتماعية التي قد تدفع المرأة تجاه التعاطي، لكن شعور المتعاطية سرعان ما يتوارى ولا يعبر إلا عن سعادة زائفة مؤقتة تكون بمثابة تخدير موضعي.

والدراسة التي أجرها مركز علاج المدمنين التابع لإدارة مكافحة المخدرات ووكالة الأبناء الأردنية (بترا) (2009) والتي توصلت إلى أن أسباب تعاطي المخدرات ترجع بالدرجة الأولى إلى رفيق السوء، وحب التجربة والفضول، والجهل بطبيعة المادة المخدرة، والفراغ والوفرة المادية، والإهمال والتفكك الأسري.

كما اتفقت الدراسة مع دراسة العاني والعطار (2005) التي توصلت الدراسة إلى أن ضعف الوازع الديني مع تجاهل القيم والمبادئ الدينية، كذلك أن ازدياد دخل الطالب الجامعي يجعله يتناول المخدرات، فضلاً عن أن سبب (مجاواة الأصدقاء) يؤدي إلى تناول هذه الآفة الخطيرة، إذ يشعر بالراحة والانبساط والتخلص من الوحدة، إضافة إلى فشله في الدراسة وعدم وضوح أهدافه المستقبلية، كما كان للأسرة دور مهم في دفع الطالب إلى تعاطي المخدرات إذ أن إهمال الأبوين له وتسلطهم عليه أو ما ينتج عن ذلك من مشاكل أسرية ومشاجرات وعدم الأنسجام وافتقار الحب والمودة داخل الأسرة وما ينتج عن تقليد الطالب الجامعي من تعاطي المخدر لأحد أفراد عائلته . ودراسة المالكي (2005) توصلت الدراسة إلى أن أهم العوامل والخصائص الاجتماعية التي تدفع إلى تعاط ي المخدرات هي قلة مستوى الضبط الاجتماعي الأسري، وكذلك تأثر الفرد بسلوك

أصدقائه الذين يشيع لديهم استخدامهم للمخدرات وتهريبهم لها . وهو ايضاً نفس السبب في معاودة تعاطيهم لها . ودراسة البغدادي، وآخرون (2002) حيث توصلت الدراسة إلى تزايد تداول المخدرات بين الشباب فى مصر، وتعدد مصادر ترويج المخدرات مع تداخلها، ووجود العديد من المؤشرات الدالة على التكلفة الاجتماعية المباشرة وغير المباشرة التي تضطر الدولة لإنفاقها على المخدرات، وهذه النتيجة تدل على أن من أسباب تعاطي المخدرات توفر المادة المخدره . ودراسة عبد المعتمد (2002) إذ يتضح من الدراسة أن أسباب التعاطي تكمن فى التفكك الأسرى الناجم عن كثرة النزاعات بين الأب والأم فتفقد ا لرقابة الأسرية على سلوك الأبناء ، كما أوضحت الدراسة وجود دور هام يلعبه رفقاء السوء فى الدفع إلى التعاطي . ودراسة صايغ (2001)أكدت أن أسباب تعاطي المخدرات يعود إلى نمط الشخصية السلبية السائدة لدى المتعاطين، والتي هي نتاج للتنشئة الاجتماعية، التي حصل عليها الفرد من الأسرة، كونها الخلية الأساسية داخل المجتمع، والتي يقع على عاتقها مسؤولية التربية . دراسة الخطاطبة (2000) التي أكدت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية لتوتر العلاقات الأسرية بسبب الخلافات المستمرة بين الزوجين من جهة وبين الوالدين والأبناء من جهة أخرى مما يشجع على تعاطي المخدرات بدافع الهروب من هذه الخلافات أو نسيانها.

إلا انها لم تتفق مع ما جاءت به دراسة وزارة التنمية الاجتماعية، (2008) التي أكدت أن البطالة سبب لتعاطي المخدرات، أي أن المخدرات ترتبط بالبطالة ولا ترتبط بالفقر من ناحية السبب، وترتبط بالفقر والبطالة من ناحية النتيجة.

3-5 الآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

أولا: الآثار الاجتماعية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

تعاطي المخدرات مرض يصيب الفرد والمجتمع فبالإضافة إلى الأمراض والمشكلات التى تلحق بالمتعاطي/ـة فإن البنيان الاجتماعي ينصدع وينهار حيث تتفكك الروابط الأسرية وتتدنى قد رة الإنسان على العمل فيقل الإنتاج كما يتزايد عجز الشباب عن مواجهة الواقع والارتباط بمتطلباته وتتفاقم المشكلات الاجتماعية وتكثر الحوادث والجرائم .

ومن الآثار الاجتماعية التى تنجم عن تعاطي المخدرات التي توصلت إليها الدراسةما يلي:

يحدث تعاطي المخدرات للمتعاط ي/ـة مؤثرات شديدة وحساسيات زائدة، ما يؤدي إلى إساءة علاقات المتعاطي/ـة بكل من يعرفهم بكافة أفراد الأسرة خاصة الوالدين والزوج/ـة. فهي تؤدي إلى سوء العلاقة الزوجية والأسرية، وتصبح أسرة المتعاطي/ ـة تعاني من التوتر والخلافات المستمرة ما يدفع إلى الأنفصال عن زوج/ـة ويؤدي إلى تزايد احتمالات وقوع الطلاق وتفكك الأسرة، إضافه إلى ذلك تسوء علاقتهم بأصدقائهم غير المتعاطين، حيث يرى أصحاب نظرية التعلم أن غالبا ما يكون التفاعل مع الأشخاص غير المستخدمين للعقاقير غير سار بالنسبة لمستخدمي العقاقير.

كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى إهمال الواجبات والمسؤوليات، والشعور بالانطواء والعزلة عن الآخرين، حيث يصبح المتعاطي /ـة أنسانا كسولا وذا تفكير سطحي لا يقوم بأداء الفروض والواجبات الدينية ويتوقف عن ممارسة الأنشطة و الهوايات الشخصية، ويصبح المتعاطي/ ـة إنسانا عنيفا جداً.

إن تعاطي المخدرات يؤدي إلى شعور المتعاطي/ ـة بأنه يشكل وصمة عار على أسرتة والمجتمع، وهذا يتفق مع نظرية الوصم التي ترى أنه كلما كانت الوصمة خطيرة زادت ردة فعل الجماعة على انتهاك القاعدة القانونية بناء على نظرية الوصم، وإن تعاطي المخدرات يعد شكلاً من أشكال

الانحراف في مجتم عنا كونه يتعارض مع القيم والعادات والتقاليد ويتعارض مع ثقافة مجتمعنا الدينية على وجه الخصوص، فينفر منهم أفراد المجتمع وينبذونهم ويحاولون عدم الاختلاط بهم حتى الأقارب والجيران، بل ينظر إليهم على أنهم ناس شواذ أو نموذج اجتماعي سيء، وهذه الوصمة التي تلاحقهم حتى بعد العلاج وغالباً ما تكون سبباً في رجوع المتعاطين وإلى تكرار الإدمان على المخدرات، وفي الحقيقة عملية الوصم يكون تأثيرها على المرأة أكثر من الرجل، لذلك نجد الأمر يزداد تعقيداً إذا تعرضت الفتاة في الأسرة إلى التعاطي، لذا نجد أن الأهل يحاولون التكتم على ذ لك وأحياناً يرفضون إرسالها إلى المستشفى للعلاج لتخوفهم من وصمة العار، لأنها بذلك سوف تترك السمعة السيئة لها ولأسرتها.

كما يؤدي تعاطي المخدرات بالمتعاطي /ـة إلى الكذب واختلاق المبررات والخداع للحصول على المال والقيام بعمل المنكرات وما يخالف عادات وتقاليد ال مجتمع وعدم الاهتمام بالمظ هر الخارجي وإهمال نظافة الشخصية، وهذا تفسره النظرية المعرفية السلوكية والتي ترى أن المدمنين يشعرون غالباً أنهم لايستطيعون التحكم في أي شيء، وهذا يؤثر على سلوكهم، فيسلكون سلوكاً قهرياً لا يستطيعون فعلا التحكم به.

ويكون تعاطي المخدر ات سببا في الإقدام على الإنتحار، ويعود ذلك إلى أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى إخلال في التوازن والتفكير مما يؤدي إلى عدم تمكن المتعاطي من إقامة علاقات طيبة مع الآخرين ولا حتى مع نفسه مما يتسبب في سيطرة (الأسوأ وعدم التكيف وسوء التوافق والتواؤم الاجتماعي على السلوكيات وكل مجريات حياته الأمر الذي يؤدي به في النهاية إلى الخلاص من واقعة المؤلم بالانتحار)، فهناك علاقة وطيدة بين تعاطي المخدرات والانتحار فمعظم حالات الوفاة التي سجلت لمتعاطين كان السبب فيها هو تعاطي جرعات زائدة من المخدر.

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان والتعاطي في مصر (2008) حيث أوضحت الدراسة أن هناك تراجعاً كبيراً لدور الأسرة في حماية أبنائها من المخدرات ووجود علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات وضعف الحوار والتواصل والعنف داخل الأسرة . ودراسة عمران (2005) توصل الباحث إلى أن المخدرات أثرت على حياة هؤلاء المدمنين سلبا بدرجة عالية جداً، وتأثرت نظرتهم إلى الحياة ونظرة الآخرين إليهم ومحاولة علاجهم لم تكن ناجحة.

ثانيا: الآثار الاقتصادية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

أظهرت نتائج الدراسة أن الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات كانت بدرجة الخطورة مرتفعة، إذ يؤدي تعاطي المخدرات إلى فقدان الكثير من المال على شراء المخدرات ويرجع ذلك إلى أن المتعاطين والمتعاطيات بما ينفقون من مال على تعاطي المخدرات يقتطعون جزءاً كبيراً من دخل الأسرة، وهم بذلك يم ثلون عبئاً اقتصادياً عليها، وباستقطاع ذلك الجزء من الدخل تتأثر الحالة المعيشية للأسرة، ولا يستطيعون تلبية الاحتياجات الضرورية لأفراد الأسرة، ما يدفعهم إلى الشروع في بعض الأعمال غير المشروعة . كما أن المتعاطين والمتعاطيات الذين ينفقون مالهم على تعاطي المخدرا ت لا يكونون مقدرين للمسؤولية الملقاة على عاتقهم ولا يستطيعون القيام بالادوار الاجتماعية والاقتصادية المطلوبه منهم . وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة Kelly and other (2009) إلى أن النساء الخاضعات وغير الخاضعات للعلاج المدمنات على المخدرات يعملن أقل وينفقن أموالا أكثر على المخدرات، حصلن على المزيد من الدخل غير المشروع ، ويزيد تعاطي المخدرات من مشاكل توظيف النساء المدمنات.

ويؤدي شعور المتعاطي /ـة بعدم الكفاءة والحماس والإرادة لتحقيق مهام العمل بسبب التعاطي والشعور بعدم القدرة على العمل والاستمرار ية فيه إلى إهمال العمل وعدم الاكتراث به مما يؤدي إلى فرض العقوبات المالية والإدارية بسبب التقصير بمهام العمل بسبب التعاطي وقد يؤدي إلى فقدان المتعاطي/ـة العمل، ويعزى ذلك إلى حدوث تراجع في الأداء الوظيفي، ويمكن أن ينقطع المتعاطي فترات طويلة عن العمل أو يفصل من عمله، وينعكس ذلك على العائلة، لذلك نجد بأن المتعاطين وعائلاتهم يعيشون مستوى أقل من مستواهم بكثرة تغيرهم لأماكن عملهم

يؤدي تعاطي المخدرات إلى قيام المتعاطي /ـة بسرقة أموال الأسرة لشراء المادة المخدرة وإلى اللجوء إلى الاستدانه مما يؤدي إلى المعاناة من كثرة الديون ومن صعوبة سدادها، ويفسر ذلك أنه عندما يلح متعاطي المخدرات على تعاطي مخدر ما ولا يتوفر للمتعاطي دخل ليحصل به على الجرعة الاعتيادية (وذلك أثر إلحاح المخدرات) فإنه يلجأ إلى الاستدانة وربما إلى أعمال منحرفة وغير مشروعة مثل قبول رشوة والاختلاس والسرقة والبغاء وغيرها. وهو بهذه الحالة قد يبيع نفسه وأسرته ومجتمعه وقد يتعرض إلى الإحتيال وخسارة أموالة . يرجع أصحاب الاتجاه المعرفي

السلوكي هذه السلوكيات إلى أن المدمنين يشعرون غالبا أنهم لا يستطيعون التحكم في أي شيء، وهذا يؤثر على سلوكهم، فيسلكون سلوكا قهريا لا يستطيعون فعلا التحكم به (الفايد، 2003، ص26).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عمران (2005) حيث أكدت الدراسة على ارتفاع نسبة المدمنين الذين يعدون الإدمان قد أوقعهم في مشاكل مالية وضعف عام.

كانت درجة الخطورة مرتفعة عند قيام المتعاطية بسرقة أموال أسرتها لشراء ال مخدارت ومتوسطة عند قيامها ببيع أدوات وممتلكات منزلها لشراء المخدارت، وبالمقابل كانت منخفضة عند المتعاطي، وهذا لا يتفق مع تفسير النظرية الجندرية للانحراف التي أكدت على أن شكل ونمط الضبط الاجتماعي الممارس على الأبناء والبنات يسمح بحرية أكبر للأبناء وهذا يفسر لنا قيامهم بسلوكيات وأفعال أخطر من الإناث والسبب يعود إلى التنشئة التي تسمح لهم بممارسة ذلك دون الإناث (السناري، 2010، ص48).

ثالثا: الآثار الصحية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

أظهرت نتائج الدراسة أن الآثار الصحية لتعاطي المخدرات على المتعاطين والمتعاطيات قد كانت بدرجة الخطورة المتوسطة، فتعاطي المخدرات يؤدي إلى فقدان الشهية واضطرابات في الجهاز الهضمي، فضلا عن التهاب المعدة المزمن مما يعيق المعدة عن القيام بوظيفتها وهي هضم الطعام، وهذا يؤدي إلى أن يصبح الجسد نحيفا وهزيلا مما يحدث اختلالا في التوازن وقلة النشاط والحيوية، وصداعا مزمنا مصحوبا بإحمرار العينين ويؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وفقر الدم الشديد وضعف قدرة الجسد على مقاومة المرض، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان (2008) والتي أكدت على أن تعاطي الم خدرات يحدث متاعب في الجهاز الهضمي والأمراض الصدرية والإنهاك والصداع.

كما يؤثر تعاطي المخدرات من الناحية الجنسية على الرجال والنساء حيث تنخفض القدرة الجنسية إذ تؤثر في الغدد التناسلية (الذكور والإناث) ما يؤدي إلى البرود الجنسي، كما يؤدي إلى زيادة

اضطرابات الدورة الشهرية، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إلية دراسة صندوق مكافحة علاج الإدمان (2008) حيث أكدت أن من الآثار الصحية لتعاطي المخدرات إحداث الضعف الجنسي.

كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى الإحساس بهلوسات سمعية وبصرية وشمية وذوق ية وفقدان بالذاكرة وعدم التركيز، ويعود السبب في ذلك إلى أن المخدر يسبب التهاب المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكونه، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة، وإلى الهلاوس السمعية والبصرية والشمية والذوقية.

هذه هي الأضرار الصحية التى يلحقها المخدر بالمتعاطي/ـة، لكن الأمر- مع ذلك- لا يقف عند هذا الحد ، فالمخدر كأنه وحش لا يترك المتعاطي/ـة أبداً، ويسبب له متاعب أكثر إذا ما حاول أن يفلت منه دون علاج.

رابعا: الآثار النفسية التي يؤدي إليها تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي

أظهرت نتائج الدراسة أن لتعاطي المخدرات تأثيرا مرتفعا على المتعا طين والمتعاطيات، وأن أهم الآثار النفسية التي يسببها تعاطي المخدرات، الشعور بالاكتئاب حيث يؤثر الإكتئاب على العقل والجسم معاً، كما ويؤثر على تفكير الشخص وتصرفاته، بالإضافة إلى ذلك قد يسبب العديد من المشاكل النفسية والجسدية الأخرى، كما يؤدي إلى الشعور بعدم ا لاستقرار فلا يستطيع المتعاطي/ـة ممارسة نشاطاته اليومية الاعتيادية بشكل طبيعي، وقد يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش.

كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى اختلال في التفكير ال عام وعدم التركيز وصعوبة وبطء به ، وبالتالي يؤدي إلى فساد الحكم على الأمور والأشياء، ويصاحب ذلك كثير من التصرفات الغريبة إضافة إلى الشعور بالتبلد وجمود الانفعال وعدم الاستجابة والاستثارة.

وتتفق نتيجة الدراسة مع دراسة عمران (2005) التي أكدت على أن المخدرات قد أثرت في حياة هؤلاء المدمنين سلبا بدرجة عالية جداً وأن 98% منهم قد شعروا بالتوتر والقلق وأفقدهم الاهتمام بالأشياء وبوجود صعوبة في تفكيرهم بشكل جيد.

يحدث تعاطي المخدرات شعورا بالانقباض والعصبية وحدة المزاج، حيث ينقلب المتعاطي /ـة عن حالة المرح والنشوة والشعور بالرضى والراحة (بعد تعاطي المخدر) ويتبع هذا ضعف في

المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه فهم بعد التعاطي يشعرون بالسعادة والنشوة والعيش في جو خيالي وغياب عن الوجود وزيادة النشاط والحيوية ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة والنشوة إلى ندم وواقع مؤلم وفتور وإرهاق مصحوب بخمول واكتئاب والإحساس بالغربة عن النفس، وتتسبب المخدرات في حدوث العصبية ا لزائدة الحساسية الشديدة والتوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التواؤم والتكيف الاجتماعي. وهذا يؤدي إلى الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر، إضافة إلى ذلك عدم إدراك المتعاطي /ـة الزمن بالاتجاة نحو البطء.

يؤدي تعاطي المخدرات إلى الإصابة بالهذيان والهلوسات إذ يحدث تعاطي المخدرات اضطراباً في الإدراك الحسي العام وخاصة إذا ما تعلق الأمر بحواس السمع والبصر، وتخريف عام في المدركات، واختلال التوازن وتشنجات وصعوبة بالنطق.

4-5 العلاقة بين أسباب تعاطي والاثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية وال نفسية لتعاطي المخدرات والنوع الاجتماعي للمتعاطي

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، ولصالح الاناث، وهذا يشير إلى أن درجة تأثير أسباب تعاطي المخدرات قد جاءت أعلى لدى الإناث من الذكور . ويعزى لذلك إلى أن الأسباب التي تدفع الأنثى إلى تعاطي المخدرات كما ظهرت في نتائج الدراسة أكثر عدداً وخطورةً من الأسباب التي تدفع الذكور للتعاطي فالرجل يندفع نحو تعاطي المخدرات لأسباب شخصية أو ذاتية تماماً، أي أنه لا يكون مقهوراً أو مشرداً، بينما تعود أهم الأسباب التي تدفع المرأة نحو المخدرات إلى وجود ثلاثة عوامل لتعاطي المرأة، وهي المشك لات بشتى أشكالها والقهر والأسرة ، والمرأة إذا عانت من هذه العوامل الثلاثة في حياتها، فإنها سوف تدفعها كما لاحظنا إلى الانحراف والتعاطي كحل من وجهة نظرها لتخفيف حدة المشكلات ولتساعدها على تحمل الضغوط والقهر.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) في درجة خطورة الاثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، ولصالح الاناث، وهذا يشير أن درجة تأثير الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات قد جاءت أعلى لدى الاناث من

الذكور. ويعزى ذلك إلى أن الوصمة الإجتماعية التي ترتبط بالأنثى تكون أكبر من ارتباطها بالذكر وذلك بسبب النظرة الدونية للمرأة وعدم قدرة المجتمع الصفح عن أخطائها وتقبلها حتى بعد خضوعها للعلاج وشفائها التام.

توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) في درجة تأثير الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، وهذا يشير أن درجة خطورة الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخدرات قد جاءت متقاربة لدى كل من الذكور والاناث.

كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) في درجة تأثير الآثار النفسية لتعاطي المخدرات تعزى لمتغير النوع الاجتماعي، ولصالح الإناث، وهذا يشير أن درجة خطورة الآثار النفسية لتعاطي المخدرات قد جاءت أكثر على الاناث من الذكور. والسبب في ذلك يعود إلى الخوف من اكتشاف أمر تعاطيها للمخدرات من قبل المجتمع والنبذ والرفض الذي سوف تتعرض له الأنثى في هذا الحال، حيث أكدت معظم المبحوثات أنهن يعشن في حالة خوف ورعب مستمر من افتضاح أمر تعاطيهن للمخدرات وخضوعهن للعلاج لأنهن سوف يتعرضن للنبذ والعار هن وأسرهن، على العكس مما أكده المتعاطون بتكرار قول" انا رجال وما في شي بعيبني".

التوصيات:

1. تفعيل دور الأجهزة المعنية بالعلاج من تعاطي المخدرات وإعادة التأهيل باتباع مناهج علمية متطورة ذات تقنية حديثة، وزيادة وتحديث المصحات المؤهلة لتقديم العلاج بالتنسيق مع الأجهزة المعنية، وعرض النتائج والحقائق التى تتوصل إليها تلك الأجهزة بمصداقية وشفافية حتى يتم الوصول إلى الأساليب الجدية فى التعامل مع حالات التعاطى والإدمان وما تتطلبه من دعم مادي وبشري، وتشجيع العمل بنظام المتطوعين فيمن يتوافر لديهم شروط هذا النظام أو من لهم خبرات سابقة فى التعاطي والإدمان وتماثلوا للشفاء وأعيد تأهيلهم مرة أخرى للمجتمع.

2. التنسيق ما بين الأجهزة المختلفة (الأمنية، الطبية، والتنموية) لإيجاد أفضل السبل والتعاون الفعال في الوقت المناسب لمواجهة هذه المشكلة والوقاية منها.

3. التأكيد على دور الأسرة في تهيئة الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية لتربية الأبناء على أسس وأخلاقيات سليمة تقيهم من شرط السقوط في تعاطي المخدرات وغيرها من أمراض اجتماعية أخرى. فعلى الأسرة تحقيق الترابط الأسري، وتوفير مناخ اجتماعي سوي، ومن اخ عاطفي مألوف متوازن، والرعاية والمتابعة المستمرة للأبناء، وتحقيق المساواة في التعامل بين الأبناء الذكور والإناث، وشغل أوقات الفراغ، والبعد عن أصدقاء السوء، والتمسك بالقدوة الحسنة، وتنظيم أوجه الصرف المادي للفرد، والاهتمام بالتوعية الدينية السليمة.

4. على الأجهزة التعليمية (مدارس، معاهد، جامعات، والأجهزة الأخرى) توفير المناخ التربوي والتعليمي السليم، وإعداد برامج تعليمية متخصصة للتوعية من أخطار المخدرات وتعاطيها واثارها السلبية على الفرد والمجتمع وفقا لمعايير علمية متطورة، والاهتمام بتنمية ال مواهب والقدرات وبرامج الإعداد الرياضي المتطورة، والاهتمام بالجانب الدينى، وتفعيل أدوار الأخصائيين والاجتماعيين بالمنشآت والأبنية التعليمية المختلفة لمراقبة السلوك والانحرافات ومعالجة العناصر التى قد تؤثر على العامة من المخالطين لهم . والاهتمام بالتعليم التربوي واتباع الأساليب التربوية العلمية المتطورة في المناهج التعليمية لبناء جيل المستقبل على قاعدة متينة من الوعي والتربية وإدخال موضوع المخدرات والمؤثرات العقلية في برامج كليات الحقوق والشرطة.

5. على الأجهزة الإعلامية زيادة جرعة البرامج التى تهدف إلى إظهار الج وانب والآثار السلبية للمواد المخدرة على الفرد والمجتمع بهدف إيجاد الحلول للحد من تفاقم تلك المشكلة وطرق علاجها

واعادة تأهيل المتعاطين والمتعاطيات، كما وقيامها بالتحفيز على العلاج والعمل على إزالة وتغيير نظرة المجتمع السلبية لخضوع الإناث للعلاج في المراكز العلاجية.

6. على الأجهزة الأمنية توفير العلاج الصحي والاجتماعي للمتعاطين والمتعاطيات الذين يتم القبض عليهم، ومعاملتهم على أنهم مرضى ، يجب علاجهم وليسوا مجرمين، وذلك بتوفير المصحات النفسية ومراكز التدريب المهني والتوعية، لإكسابهم مهنا توفر لهم شروط معيشتهم المادية ومعيشة أفراد أسرهم بعد فترة العلاج.

7. التوسع في إنشاء العيادات النفسية وتزويدها بالاختصاصيين النفسانيين والاجتماعيين، والعمل على تشجيع إقبال المرضى والمتعاطين والمتعاطيات للعلاج بها، على أن تبعد هذه العيادات تماما عن الطابع الأمني بحيث يطمأن المريض المتعاطي على أنه لن يكون مراقبا من أجهزة الأمن في الدولة.

8. تشديد الرقابة على صناعة الحبوب المخدرة والكيماويات، والتي يكثر إستخدامها، وتشديد العقوبات على الشركات والصيدليات وسحب تراخيص الصيادلة المخالفين، بالإضافة لتفعيل دور أجهزة الرقابة على تداول الأدوية المخدرة بوزارة الصحة.

9. توعية المجتمع إعلامياً عن طريق برامج وزارة الإعلام والثقافة واجتماعياً عن طريق مؤسسات المجتمع المختلفة، وتربوياً بأن تدرج وزارة التربية والتعليم مادة دراسية تعنى بإبراز رأي الشرع ، وتوضح حرمة التعاطي، وكذلك أضراره الشاملة وأهمية إشغال أوقا ت الفتيات بماهو نافع ومفيد، مع العمل على تقوية الوازع الديني عندهن بالمحاضرات الدينية والتوعوية.

10. دعم البرامج الإصلاحية في السجون ، ومراعاة الفصل بين مروجي ومهربي المخدرات، وبين متعاطيها، ووضع إجراءات وضوابط تحد من تأثر صغار المجرمين بكبارهم، واحترافهم الإجرام.

المراجع

المراجع العربية:

1. إدارة مكافحة المخدرات، وكالة الأنباء بترا (2009)، **ظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن،** الأردن: مركز علاج المدمنين

2. الأمانة العامة للأمم المتحدة (2012)، **التقارير السنوية لمكتب الأمم المتحدة المعن ي بالمخدرات والجريمة** ، التقرير السنوي لعام 2012، منشورات الأمانة ، فينا.

3. أنشاصي، هناء نزار، (2001)، **المخدرات أسبابها – أنتشاردها- الوقاية منها،** (ط1)، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

4. البريثن، عبد العزيز بن عبد الله، (2002)، **الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات،** (ط1)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض: مركز الدراسات والبحوث.

5. البغدادي، نسرين وحجازي، أحمد مجدي، وآخرون، (2002)، **ثقافة المخدرات لدى الشباب المصري: دراسة ميدانية على عينة من شباب الأندية الرياضية ومراكز الشباب، مصر:** صندوق مكافحة وعلاج الإدمان.

6. ابن منظور، ابو الفضل جمال الدين محمد الافريقي المصري، (1300)هـ، **معجم لسان العرب،** فصل الخاء، باب الراء، ج4، بيروت: دار صادر.

7. البنا، إيمان عبدالله، (1991)، **دينامية العلاقة بين الاغتراب وتعاطي المواد المخدرة لدى طلبة الجامعة،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.

8. أبو رياش، حسين وآخرون، (2006)، **الإساءة والجندر**، (ط1)، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

9. بني عطا، جميل والحوامدة، كمال، (2008)، **الشباب الجامعي وآفة المخدرات** ، (ط1)، الأردن: كنوز المعرفة.

10. الحديدي، سيد، (2001)، **المخدرات والمسكرات والصحة العامة**، (ط1)، الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.

11. الحربي، منى بنت منيف،(2008)، **العوامل الاجتماعية المؤثرة بتعاطي المرأة للمخدرات: دراسة استطلاعية لآراء العاملين والعاملات بمجتمع الأمل للصحة النفسية بالرياض** ، رسالة ماجستير منشورة، **جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية**، الرياض، السعودية.

12. الحسن، محمد بن إبراهيم، (1988)، **المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان** ، (ط1)، الرياض: مكتبة الخريجي.

13. الخالدي، عطا، (1987)، **عوامل انتشار تعاطي المخدرات، ندوة مكافحة المخدرات واجب وطني وضرورة إنسانية**، أربد: جامعة اليرموك.

14. الخطاطبة، أشرف محمد، (2000)، **متعاطوا المخدرات في مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن**: دراسة اجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

15. دائرة الإحصاءات العامة، (2012)، **الأردن بالأرقام 2011**، العدد 14، عمان، الأردن.

16. الدخيل، عبد العزيز، (2005)، **إدمان الكحول: المشكلات والحلول**، الرياض، السعودية: مؤسسة الملك خالد الخيرية.

17. الدمرداش، عادل، (1982)، **الإدمان مظاهرة وعلاجة**، الكويت: عالم المعرفة.

18. الدوري، عدنان، (1984)، **أسباب الجريمة وطبيعة السلوك الإجرامي**، (ط3)، الكويت: ذات السلاسل.

19. رفعت، محمد، (1985)، **إدمان المخدرات أضر ارها وعلاجها** ، (ط2)، بيروت، دار المعرفة للنشر والتوزيع.

20. الزراد، فيصل وأبو مغصيب، عابد، (2001) **الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية (التشخيص والعلاج)**، (ط 1)، دمشق: اليمامة للنشر والتوزيع.

21. الساعاتي، سامية، (1983)، **الجريمة والمجتمع بحوث في علم الاجتماع الجنائي**، (ط2)، بيروت: دار النهضة.

22. السعد، صالح، (1999)، **كيف نحمي أولادنا من المخدرات**، (ط1)، عمان: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

23. السعد، صالح، (1997)، **المخدرات والمجتمع**، (ط1)، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

24. السناري، بسمة بنت عبدالله، (2010)، **جرائم النساء العوامل الاجتماعية المؤدية إلى ارتكاب المرأة للجريمة**، (ط1)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض: مركز الدراسات والبحوث.

25. سويف، مصطفى، (1996)، **المخدرات والمجتمع- نظرة تكاملية**، (ط1)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت: عالم المعرفة.

26. صايغ، ميشيل فؤاد، (2001)، **ظاهرة تعاطي المخدرات في القدس**، بحث منشور، **الملتقى الفكري العربي**، القدس، فلسطين.

27. صندوق مكافحة الإدمان والتعاطي، (2008)، **التفاعلات الأسرية وتعاطي المخدرات لدى الإناث**، مصر.

28. العاني، مها والعطار، أسعد، (2005)، **الأسباب التي تدفع الشبا ب الجامعي إلى تعاطي المخدرات وسبل تحصينهم منه**، (ط1)، العراق: **مركز البحوث التربوية والنفسية**

29. عبد اللطيف، رشا، (1992)، **الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات- تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية**، (ط2)، الرياض: دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

30. عبد المعتمد، عفاف علي، (2002)، **الأبعاد الاجتماعية الاقتصادية لإدمان المخدرات : بحث ميداني على عينة من طلاب وطالبات جامعتي الأزهر وعين شمس**، مجلة بحوث التعاطي و الإدمان، مصر.

31. عزوز، عبد الناصر الهاشمي، (2005)، **التنشئة الاجتماعية الأسرية والإدمان على المخدرات**: دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون البليدة الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، **الجامعة الأردنية**، عمان، الأردن.

32. العشماوي، السيد متولي، (1993)، **الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان** ، الجزء الأول، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

33. عمران، محمد، (2005)، **تعاطي المخدرات في القدس ومقترحات للحد من انتشارها**، دراسة منشورة، **مجلة جامعة النجاح للأبحاث، العلوم الانسانية** (ب) ISSN: 1727-8449، المجلد 20 ، العدد 1 ، 2006: رام الله، فلسطين.

34. العيسوي، عبدالله، (2004)، **جنوح الشباب المعاصر ومشكلاته**، بيروت: منشورات الحلبي.

35. غانم، محمد حسن، (2003)، **المدمنون وقضايا الإدمان**، مصر: المكتبة المصرية.

36. غباري، محمد سلامة، (1991)، **الإدمان**، (ط1)، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

37. الغريب، عبد العزيز بن علي، (2008)، **المجتمع والوقاية من المخدرات**: دراسة تحليلية لدور الأنساق الاجتماعية في الوقاية من المخدرات، السعودية: الجمعية الوطنية للوقاية من المخدرات.

38. فايد، حسين، (2003)، **سيكولوجية الإدمان**، (ط1)، القاهرة: المكتب العلمي للكمبيوتر.

39. الفيروزآبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب، **القاموس المحيط**، بيروت،دار الجيل، فصل الخاء، باب الراء، ج2.

40. قازان، عبدالله محمد، (2005)، **إدمان المخدرات والتفكك الأسري: دراسة سوسيولوجية**، (ط1) عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

41. القضاة، مصطفى، (2004)، **دوافع تعاطي المخدرات ودور الأسرة في الوقاية منها (من منظور إسلامي)**، أربد: منشورات جامعة اليرموك عمادة البحث العلمي والدراسات العليا.

42. اللبادنة، ذياب، (1995)، **مشكلة المخدرات في العصر الحديث** ، عمان، الأردن : المكتبة الوطنية.

43. لهوب، ناريمان يونس، (2010)، **استراتيجية البحث الاجتماعي** ، ،(ط1)، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

44. المالكي، خالد بن غرم الله، (2005)، **الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات : دراسة ميدانية،** أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

45. مديرية الأمن الع ام، (2011)، **أردن بلا مخدرات،** العدد الحادي عشر، إدارة مكافحة المخدرات، الأردن.

46. مديرية الأمن العام، (2010)، **أردن بلا مخدرات،** العدد التاسع، إدارة مكافحة المخدرات، الأردن.

47. مديرية الأمن العام، (1992)، **الأردن ودوره في مكافحة المخدرات،** الأردن: دار الناس.

48. محمدين، سيد، (2003)، **الأبعاد الأقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها،** دراسة منشورة، القاهرة، مصر.

49. المشرف، عبد الإله بن عبد الله والجوادي، رياض بن علي، (2011)، **المخدرات والمؤثرات العقلية – أسباب التعاطي وأساليب المواجهة** ، (ط1)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض: مركز الدراسات والبحوث.

50. مصطفى، إبراهيم وآخرون، **المعجم الوسيط،** طهران، مجمع اللغة العربية، المكتبة العلمية.

51. منصور، عبد المجيد سيد أحمد، (1989)، **المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية والاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية** ، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

52. موسى، جابر بن سالم وآخرون، (2005)، **المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية،** (ط2)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض: مركز الدراسات والبحوث.

53. النجيمي، محمد بن يحيى، (2004)، **المخدرات وأحكامها في الشريعة الإسلامية** ، (ط1)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض: مركز الدراسات والبحوث.

54. الهاشمي، مجد، (2005)، **موسوعة جرائم النساء،** عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

55. الوريكات، محمد عبدالله، (2010)، **مبادئ علم الإجرام،** (ط2)، عمان: دار وائل للنشر.

56. وزارة التنمية الاجتماعية، (2008) **المخدرات وعلاقتها بالفقر والبطالة في الأردن كما يظهر من مصادرها المرجعية و بعض خصائص أصحاب قضاياها الذين تعاملت معهم وزارة التنمية الاجتماعية،** دراسة منشورة، عمان، الأردن.

57. وزارة الصحة الأردنية، (2011) **التقرير الإحصائي السنوي لعام 2011**، عمان: إعداد مديرية المعلومات والدراسات.

58. وزارة الصحة الأردنية، (2010) **التقرير الإحصائي السنوي لعام 2010**، عمان، إعداد مديرية المعلومات والدراسات.

المراجع الاجنبية:

1. C.Sterk- Elifson, (1996), **Just for fun? Cocaine use among Middle- class women Journal of Durg Issues.** Volume 26 (1).

2. Eitle. David, (2002**), Exploring a source of deviance- Producing strain for female Perceived discrimination and general strain theory,** Journal of crime Justice. Volume 30 (5).

3. Friedman ,et al, (2005), **Gender differences in criminality: Bipolar disorder with co-occurring substance abuse,** journal of the American Academy of Psychiatry & the law, Volume. 33(2).

4. Hanlon, Thomas, E, (2005**), Vulnerability of children of incarcerated addict mothers: Implications for preventive Intervention Childrren & Youth services Review ,** Volume 27 (1).

5. Kelly, Sharon**, Gender Differences Among In- and Out-of-Treatment Opioid-Addicted Individuals**,(2009), American Journal of Drug & Alcohol Abuse, Vol. 35 Issue 1, p38-42, 5p, 2.

6. Okan Cem, Ray Guler, Jan (2005), **Perception of drug addiction among Turkish university students: Causes, cures, and attitudes, Addictive Behaviors,** Vol. 30 Issue 1, p1-8, 8p.

7. Sunghyun Hwang and Ronald L. Akers, (2006), **Parental and Peer Influences on Adolescent Drug Use in Korea, Asian Journal of Criminology**, Volume 1, Number 1, 51-69, DOI: 10.1007/s11417-006-9009-5.

8. Velleman, R, (1991**), Alcohol and Problems**, In: R. Rentoul, R. (ed): Adult Clinical Problems, London, Routledg.

الملاحق

الجامعة الأردنية
مركز دراسات المرأة

تحية طيبة وبعد ؛؛؛

تهدف دراسة (واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي) التعرف إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات وأسرهم ، والأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات من منظور النوع الاجتماعي، والآثار الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والصحية التي يحدثها التعاطي من منظور النوع الاجتماعي.

لذا نرجو من حضرتكم التكرم بالمساعدة في إتمام هذه المرفقة، مؤكدين لكم بأن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها منكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم إطلاع أي طرف خلاف الباحثة عليها وسوف تستخدم لغايات البحث العلمي فقط، كما وسيتم تزويدكم بنتائج الدراسة في حال الإنتهاء منها إذا رغبتم بالإطلاع عليها.

إرشادات عامة لتعبئة الإستبانة:

1. يرجى التكرم بالإجابة عن جميع الأسئلة المطروحة وذلك في المكان المخصص لذلك.
2. لا تتردد بالاستفسار عن أي من أسئلة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم في إنجاح هذه الدراسة ومتمنين لكم دوام التوفيق.

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام

الباحثة

فاتن النشاش

أولاً: البيانات الأولية للمتعاطي/ـة

1. الجنس:
1. ذكر
2. أنثى

2. العمر:
1. 19 فما دون
2. 20 – 24
3. 25 - 29
4. 30 – 34
5. 35 سنة فأكثر

3. المستوى التعليمي:
1. لا أقرأ ولا أكتب
2. أساسي
3. ثانوي
4. دبلوم
5. بكالوريوس
6. دراسات عليا

4. الحالة الاجتماعية:
1. أعزب /عزباء
2. متزوج/ ـة
3. مطلق/ ـة
4. منفصل / ـة
5. أرمل/ ـة

5. مكان السكن:
1. مدينة
2. قرية
3. مخيم
4. بادية

6. المهنة:
1. طالب (حدد/ي): ....
2. موظف/ـة قطاع حكومي
3. موظف/ـة قطاع خاص
4. عمل خاص (حر)
5. لا أعمل
6. غير ذلك(حدد/ي):.........

7. إذا كنت تعمل/ين، دخلك الشهري:
1. أقل من 100 دينار
2. 100-299 دينار
3. 300-499 دينار
4. 500-699 دينار
5. 700-999 دينار
6. 1000 دينار فأكثر

....

ثانياً: البيانات الأساسية لأسرة المتعاطي/ـة:

8. المستوى التعليمي للأب:
1. لا يقرأ ولا يكتب
2. أساسي
3. ثانوي
4. دبلوم
5. بكالوريوس
6. دراسات عليا

9. المستوى التعليمي للأم:
1. لا تقرأ ولا تكتب
2. أساسي
3. ثانوي
4. دبلوم
5. بكالوريوس
6. دراسات عليا

10. مهنة الأب:
1. موظف قطاع حكومي
2. موظف قطاع خاص
3. متقاعد
4. عمل خاص (حر)
5. لا يعمل

11. مهنة الأم:
1. ربة منزل — 2. موظفة قطاع حكومي — 3 . موظفة قطاع خاص
4. عمل خاص (حر) — 5. متقاعدة — 6. لا تعمل

12. دخل الأسرة:
1. أقل من 100 دينار — 2. 100-299 دينار — 3. 300-499 دينار
4. 500-699 دينار — 5. 700-999 دينار — 6. 1000 دينار فأكثر

13. الحالة الزوجية للوالدين:
1. قائمة بينهما — 2. انفصال دون طلاق (هجر) — 3. طلاق
4. احدهما أرمل

14. في حالة طلاق الوالدين، هل الأم متزوجة من رجل آخر؟
1. نعم — 2. لا

15. هل هناك زوجة ثانية للأب؟
1. نعم — 2. لا

16. عدد أفراد الأسرة:
1. 1- 4 — 2. 5- 8 — 3. فأكثر

17. ترتيبك بين الأخوة:
1. الأول — 2. الثاني — 3. الثالث
4. الرابع — 5. الخامس فأكثر

- أرجو وضع إشارة (X) عند الإجابة المناسبة:

ثانياً: أسباب تعاطي المخدرات

الرقم	أسباب تعاطي المخدرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
18	توفر المواد المخدرة وعدم وجود صعوبة في الحصول عليها					
19	حب الأستطلاع والتجربة					
20	الهروب من المشكلات					
21	الإحساس بالقهر الإجتماعي					
22	الرغبة في تحقيق الإستقلالية والإحساس بالذات					
23	تعاطيت المخدرات لمجاراة الإصدقاء					
24	الاحساس بالفرح والسرور					
25	عدم وجود رقابة أسرية					
26	وجود خلافات أسرية مزمنة					
27	عدم التواصل والحوار مع الأسرة					
28	المعاناة من قسوة الوالدين					
29	إهمال الوالدين وعدم الإكتراث لامور الأبناء					
30	تعاطي احد أفراد الأسرة للمخدرات					
31	تعاطي أحد أصدقائي للمخدرات					
32	وجود وقت فراغ طويل					
33	تعاطيت المخدرات لتقوية جسمي ومنحة الطاقة					
34	تعاطيت المخدرات لزيادة القدرة الجنسية والشعور بالإثارة					
35	تعاطيت المخدرات لاني عاطل عن العمل ولم تتوفر فرصة عمل مناسبة لي					
36	غير ذلك (حدد/ي)					

ثالثاً: الآثار تعاطي المخدرات

الرقم	الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
37	أشعر أنني أصبحت أنسان كسول وذو تفكير سطحي					
38	أهمل الواجبات والمسؤوليات					
39	تركت الفروض والواجبات الدينية					
40	توقفت عن ممارسة الأنشطة و الهوايات الشخصية					
41	أصبحت أكذب واختلق المبررات والخداع للحصول على المال					
42	أصبحت شديد الحساسية					
43	سآءت علاقتي بوالدي					
44	سآءت علاقتي بأفراد أسرتي					
45	سآءت علاقتي بزوجي/زوجتي					

46	ساءت علاقتي بأولادي					
47	سآءت علاقتي بأصدقائي غير المتعاطين					
48	تفككت أسرتي					
49	أنفصلت عن زوجي /زوجتي					
50	أصبحت انسان عنيف جداً					
51	اصبحت اشعر الانطواء والعزلة عن الآخرين					
52	حاولت الأنتحار					
53	أصبحت أقوم بعمل المنكرات وما يخالف عادات وتقاليد المجتمع					
54	قمت بخيانة زوجي / زوجتي					
55	أصبحت أسرتي تعاني من التوتر والخلافات المستمرة					
56	لم أعد أهتم بمظهري الخارجي وإهملت نظافتي الشخصية					
57	أصبحت أشعر أني أشكل وصمة عار على أسرتي والمجتمع					
58	مارست الدعارة لتوفير المادة المخدرة					
59	غير ذلك (حدد/ي)					

الرقم	الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
60	أشعر بعدم الكفاءة والحماس والإرادة لتحقيق مهام عملي					
61	أصبحت إهمل عمل و لا اكترث به					
62	فقدت عملي					
63	تم فرض العقوبات المالية والإدارية لاني اصبحت أقصر بعملي بسبب التعاطي					
64	فقدت الكثير من المال على شراء المخدرات					
65	تعرضت للإحتيال وخسارة مالي					
66	أصبحت أعاني من كثرة الديون					
67	لم تعد لدي القدرة على العمل أو الاستمرارية فيه					
68	سرقت من أموال أسرتي لشراء المخدرات					
69	قمت ببيع أدوات وممتلكات منزلي لشراء المخدرات					
70	ترك أبنائي المدرسة/ الجامعة للعمل					
71	غير ذلك (حدد/ي)					

الرقم	الآثار الصحية لتعاطي المخدرات	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
72	أعاني من فقدان الشهية وأضطرابات في الجهاز الهضمي					
73	أصبح جسدي نحيف وهزل					
74	قل نشاطي وحيويتي					
75	ضعفت قدرتي على مقاومة المرض					
76	صداع مزمن مصحوب بإحمرار العينين					
77	أختلال في التوازن					
78	إلتهاب المعدة المزمن					
79	تلف الكبد / تضخم وإلتهاب					

80	فقدان بالذاكرة وعدم التركيز					
81	الإحساس بهلوسات سمعية وبصرية وشمية وذوقية					
82	اضطراب بعمل القلب والأوعية الدموية					
83	ارتفاع ضغط الدم فقر الدم الشديد					
84	أنخفاض القدرة الجنسية					
85	نوبات صرعية بسبب الوقف عن استخدام المخدر					
86	زيادة اضطرابات الدورة الشهرية					
87	الإجهاض المتكرر					
88	الولادة المبكرة					
89	نقص نمو الجنين					
90	موت الجنين					
91	تشوهات لدى الاطفال					
92	الإصابة بسرطان					
93	الإصابة بالإيدز					
94	البرود الجنسي					
95	الإصابة بالعقم					
96	غير ذلك (حدد/ي)					

الرقم	**الآثار النفسية لتعاطي المخدرات**	**موافق بشدة**	**موافق**	**محايد**	**معارض**	**معارض بشدة**
97	عدم إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء					
98	أختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول					
99	أختلال إدراك الحجم بالاتجاه نحو التضخم					
100	إختلال التفكير العام وعدم التركيز					
101	عدم الحكم الصحيح على الأمور					
102	الإصابة بالهذيان والهلوسات					
103	الشعور بالقلق والخوف والتوتر المستمر					
104	الشعور بعدم الاستقرار					
105	الشعور بالانقباض والعصبية وحدة المزاج					
106	أختلال الإتزان وتشنجات والصعوبة بالنطق					
107	الشعور بالاكتئاب					
108	الشعور بالتبلد وجمود الإنفعال وعدم الاستجابة والإستثارة					
109	الإحساس بالغربة عن النفس					
110	غير ذلك (حدد/ي)					

الأسم:

المسمى الوظيفي:

الجهة التي يعمل بها:

1. ما هي الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات الذكور والاناث؟

2. ما هي أسباب تعاطي المخدرات لكل من الذكور والإناث وهل هناك فرق بينهما من وجهت نظرك؟

3. ما هي الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟

4. ما هي الآثار الاقتصادية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟

5. ما هي الآثار الصحية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟

6. ما هي الآثار النفسية لتعاطي المخدرات، وهل هي مختلفه مع اختلاف الجنس؟

مركز دراسات المرأة
Center for Women's Studies

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

الرقم: [illegible]
التاريخ: 2011/9/21

السادة وزارة الصحة /قسم العلاقات العامة المحترمين

تحية طيبة وبعد،،،

أرجو التكرم بالعلم بأن الطالبة فاتن عطاالله النشاش تقوم حالياً بإجراء دراسة بعنوان "إدمان الفتيات على المواد المخدرة في المجتمع الأردني" ،وذلك لغايات إتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير تخصص دراسات المرأة من الجامعة الاردنية وفي هذا الإطار ،نرجو من حضرتكم التكرم بتسهيل مهمة الباحثة من خلال تزويدها بكافة البيانات والمعلومات اللازمة لإجراء الدراسة.

شاكرين لكم تعاونكم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مديرة المركز

الدكتورة محاسن الجاغوب

المركز الوطني لعلاج المدمنين

- نسخة الصادر

١٧/١٣٩

فاتن النشاش
0779543186

هاتف - ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٠٠٩٦٢) فرعي- (٢٣٩٤٠/٢٣٩٤١) فاكس - ٥٣٠٠٤٣٧ (٦-٠٠٩٦٢) داخلي: ٢٣٩٤٣ عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (00962-6) 5355000 Ext.: (23940/23941) Fax: (00962-6) 5300437 Ext:23943 Amman 11942 Jordan
E-mail: wsc.director@ju.edu.jo / wsc.secretary@ju.edu.jo

بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الصحة

الرقم تطوير/مستشفى/٢٠١٤
التاريخ ....
الموافق ٢٢/٤/٢٠١٤

مدير مستشفى المركز الوطني للصحة النفسية

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طياً صورة عن كتاب رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات / ١٥٤٥ تاريخ ٢٠١٢/٣/٢٩ بخصوص السماح للطالبة **فاتن عطاالله النشاش** إجراء بحث بعنوان :

(إدمان الفتيات على المواد المخدرة في المجتمع الأردني)

وذلك عن طريق توزيع الإستبيان المرفق صورة عنه على الأشخاص الخاضعين للعلاج في المركز الوطني لتاهيل المدمنين ، وإجراء دراسة حالة لبعض الفتيات المتعاطيات في المركز .

وذلك في إطار إتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير / تخصص دراسات المرأة في الجامعة الأردنية .

أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة الباحثة أعلاه .

واقبلوا الإحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتور أيوب السيايده

٩١١ / ١١ / ٤٤
٢٠١٤/٤/٢٢

نسخة / الملف
ع ش
عدد الباحثين (١)

وزارة الصحة

الرقم م ب ا /لجنة اخلاقيات/١٠٤٥

التاريخ ٢٩/٢/١٢٠٢

الموافق

رئيس المركز الوطني لتأهيل المدمنين

تحيه طيبه وبعد ،،،

ارفق بطيه كتاب مدير تطوير الموارد البشريه رقم تطوير /متدربين/٣٢٠٢ تاريخ ٢٠١٢/٣/١٥ ومرفقه البحث المقدم من الطالبه فاتن عطا الله النشاش

بعنوان:-

" ادمان الفتيات على المواد المخدره في المجتمع الاردني "

وذلك عن طريق تعبئة الاستبيان المرفق صوره عنه على الاشخاص الخاضعين للعلاج في المركز الوطني لتأهيل المدمنين واجراء دراسه حاله لبعض الفتيات المتعاطيات في المركز .

للتكرم بالاطلاع واعلامي تنسيباتكم حول الموضوع لنتمكن على ضوء ذلك من اجراء اللازم .

واقبلوا الاحترام

مدير مستشفى البشير

الدكتور عصام الشريدة

ص ب/رس

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب: ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

وزارة الصحة

الرقم تطوير/ مستشفى/ ٣٠٣٠

التاريخ

الموافق ١٥/ ٣/ ٢٠١٢م

مدير مستشفى البشير

رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي

أرفق طياً صورة عن كتاب مديرة مركز دراسات المرأة / الجامعة الأردنية رقم ق / د م / ٢٨٤ تاريخ ٢٠١١/٩/٢١ بخصوص طلب السماح للطالبة **فاتن عطاالله النشاش** إجراء بحث بعنوان :

(إدمان الفتيات على المواد المخدرة في المجتمع الأردني)

وذلك عن طريق توزيع الإستبيان المرفق صورة عنه على الأشخاص الخاضعين للعلاج في المركز الوطني لتاهيل المدمنين ، وإجراء دراسة حالة لبعض الفتيات المتعاطيات في المركز ،

وذلك في إطار إتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير / تخصص دراسات المرأة في الجامعة الألادنية ،

لطفاً للتكرم بالاطلاع وإعلامي رأيكم حول إمكانية الموافقة ،

واقبلوا الإحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتور أيوب السيايدة

المملكة الأردنية الهاشمية
وزارة الصحة
2 8 MAR 2012
مستشفى البشير
الديوان
وارد لجنة الدراسات

نسخة / الملف

ع ش

مركز دراسات المرأة
Center for Women's Studies

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

الرقم: ق / د م / ٣٩٠
التاريخ: ٢٩/١٢/ ٢٠١١

السادة مركز مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان المحترمين

تحية طيبة وبعد،،،

أرجو التكرم بالعلم بأن الطالبة فاتن عطاالله النشاش ، تقوم حالياً بإجراء دراسة بعنوان **"واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي: دراسة ميدانية"** ، وذلك لغايات إتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير تخصص دراسات المرأة من الجامعة الأردنية، وفي هذا الإطار نرجو التكرم بتسهيل مهمة الباحثة من خلال تزويدها بأحدث إحصائية بعدد الحالات الخاضعة للعلاج حسب الجنس.

شاكرين لكم تعاونكم

مديرة المركز

أ.د غيداء "خزنة كاتبي"

هاتف - ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٠٠٩٦٢) فرعي- (٢٣٩٤٠ / ٢٣٩٤١) فاكس - ٥٣٠٠٤٣٧ (٦-٠٠٩٦٢) داخلي: ٢٣٩٤٣ عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (00962-6) 5355000 Ext.: (23940/23941) Fax: (00962-6) 5300437 Ext:23943 Amman 11942 Jordan
E-mail: wsc.director@ju.edu.jo / wsc.secretary@ju.edu.jo

Al-Rashid Hospital Center
(Psychiatry)

مركز مستشفى الرشيد
(للطب النفسي والإدمان)

التاريخ : ٦ / ١٠ /٢٠١١
ش م / ٢٤٠ / ٩٥ ٧

السادة الجامعة الأردنية المحترمين ،،،
الدكتورة محاسن الجاغوب المحترمة
مديرة مركز دراسات المرأة ،،،

تحية طيبة وبعد،،،

بالإشارة إلى كتابكم بتاريخ ٢٠١١/٩/٢١ ، والمتعلق بإجراء دراسة من قبل الطالبة فاتن عطاالله النشاش لإتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير ، نرجو قبول اعتذارنا وذلك للحفاظ على خصوصية المرضى .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام،،،

المدير العام
رفعت بدوي المصري
مركز مستشفى الرشيد

- نسخة نائب المدير العام للشؤون الطبية/المدير الفني .
- نسخة الملف .

هاتف ٤٧٢٢٢٤٨ قفز آلي ـ فاكس ٥٣٧٢٤٧٦ ـ ص.ب ٥٤٠٨٥١ أبو نصير ١١٩٣٧ عمّان ، الأردن
Tele: 4722248 Pilot Number Fax: 5372476 P.O.Box 540851 Abu Nsair 11937 Amman Jordan
E-mail : alrashid@alrashid-hospital.com www.alrashid-hospital.com

مركز دراسات المرأة
Center for Women's Studies

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

الرقم: ق ع/ د م/ ٣٣
التاريخ: ٢٩/ ١/ ٢٠١٢

السادة مركز مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان المحترمين

تحية طيبة وبعد،،،

أرجو التكرم بالعلم بأن الطالبة فاتن عطاالله النشاش، تقوم حالياً بإجراء دراسة بعنوان **"واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني من منظور النوع الاجتماعي : دراسة ميدانية "**، وذلك لغايات إتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير تخصص دراسات المرأة من الجامعة الأردنية، وفي هذا الإطار نرجو التكرم بتسهيل مهمة الباحثة بما يلي:-

1. تزويدها بأحدث إحصائية بعدد الحالات الخاضعة للعلاج (ذكور ، إناث)على أن تكون الإحصائية لثلاث سنوات على الأقل.
2. مؤشر النسبة بين الذكور والإناث في تعاطي المخدرات حسب الحالات الموجودة حالياً، والتي تم علاجها في المستشفى.
3. الوقوف على أهم أسباب وآثار تعاطي المخدرات من وجهة نظر أحد المعالجين القائمين في المستشفى مع التوضيح بناء على الحالات التي تم التعامل معها.

واقبلوا الاحترام والتقدير

مديرة مركز دراسات المرأة

أ.د غيداء خزنة كاتبي

هاتف – ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٠٠٩٦٢) فرعي– (٢٣٩٤٠ / ٢٣٩٤١) فاكس – ٥٣٠٠٤٣٧ (٦-٠٠٩٦٢) داخلي: ٢٣٩٤٣ عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (00962-6) 5355000 Ext.: (23940/23941) Fax: (00962-6) 5300437 Ext:23943 Amman 11942 Jordan
E-mail: wsc.director@ju.edu.jo / wsc.secretary@ju.edu.jo

مركز مستشفى الرشيد
(للطب النفسي والإدمان)

Al-Rashid Hospital Center
(Psychiatry)

التاريخ: ٢٠١٢/٤/٣٠
ش م / ٢٦٨ / ٣٣د٤ / ٢٠١٢

السادة الجامعة الأردنية المحترمين ...
الأستاذ الدكتورة نيداء خزنة كاتبي المحترمة ...
مديرة مركز دراسات المرأة .

تحية طيبة وبعد،،،

بالإشارة إلى كتابكم رقم ق/د م/٣٣ بتاريخ ٢٠١٢/١/٢٩ ، يرجى قبول اعتذارنا عن إستقبال الطالبة فاتن عطاالله النشاش لإجراء الدراسة الميدانية لدى مستشفانا ، وذلك للخصوصية والسرية التامة للمعالجات .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام،،،

المدير
أ.د
رفعت بدوي المصري
مركز مستشفى الرشيد

- نسخة الملف

هاتف ٤٧٢٢٢٤٨ قفز آلي - فاكس ٥٣٧٢٤٧٦ - ص.ب ٥٤٠٨٥١ أبو نصير ١١٩٣٧ عمّان ، الأردن
Tele: 4722248 Pilot Number Fax: 5372476 P.O.Box 540851 Abu Nsair 11937 Amman Jordan
E-mail : alrashid@alrashid-hospital.com www.alrashid-hospital.com

REALITY OFDRUG ABUSE IN JORDANIAN SOCIETY FROM A GENDER PERSPECTIVE: A FIELD STUDY

By

Faten Atallah Khalil Alnashash

Supervisor

Dr. Abeer Dababneh

Co- Supervisor

Dr. Amal Awawdeh

ABSTRACT

This study aimed to identify the social and economic characteristics of both males and females abusers on treatment and their families, and the reasons that led to drug abuse, and social and economic impacts, health and psychological lead to drug abuse from a gender perspective, and to identify the differences statistically significant at the level (α = 0.05) in the overall scores of reasons, and the social and economic impacts, health and psychological drug use due to the variable gender abusers.

Method was used quantitative research and qualitative, as study relied on method of sample surveys during the time period from March to August of 2012, bringing the total size of the sample (153) drug users, of whom (101) male abusers and (52) are female abusers . The data were collected using a questionnaire form and content analysis of the records, also used the SPSS statistical analysis software to analyze the metadata such as arithmetic, and used test was also used (v) by variable (sex).

The study revealed that young people in the age group (25-29) males and females are the most popular on the drug, and that the more low level of education increased the chance their dealings drug, most abusers who was educated till only high school, as it turns out that most male abusers of singles and female abusers are married and divorced, and that most of them live in the city, and working self-employed, with a monthly income of those who work (300-499) dinars.

The results also showed low level of education of both fathers and mothers of both drug abusers most parents of male drug abusers have completed the basic stage and fathers of female abusers have completed high school and are working own businesses (free),

while mothers of male abusers can't read or write, mothers of females abusers has attained the basic stage and they are housewives. As it turns out high monthly income to the families of drug users reached (1000 dinars over) The income female abusers families was average as was (300-499 dinars).

The results showed that the most important reasons that lead to drug use when drug users (males) are,,, curiosity and experience, and a sense of joy and pleasure, The females' abusres was to escape from problems and a sense of joy and pleasure and a sense of social oppression, curiosity and experience.

And reached results that the most important social effects of drug use on the male abusers are left assumptions and religious duties, and a sense of autism and isolation from others, neglect of duties and responsibilities, but female abusers has led drug to feel more sensitive, and a sense of autism and isolation from others, and sense that it constitutes a stain of shame on her family and society. The most important economic effects on drug abusers was losing a lot of money to buy drugs. The main health effects on male drug abusers is chronic headaches accompanied by redness eyes, on female abusers loss of appetite and digestive disorders, and an imbalance and lack of vigor and vitality. The psychological effects was the most important of the male abusers was feeling depressed and feeling of instability, but female abusers was feeling depressed and instability, anxiety, fear and constant tension, feeling dull and rigidity emotionalism and lack of response and stimulation, and contraction and sharp anger mood, and the disruption in the general thinking and lack of focus and difficult and slow and imbalance balance.

The results of the study concluded that there statistically significant differences in the degree of influence of the causes and the social effects and the psychological effects of drug abuse due to the variable gender, The degree influence the causes of drug abuse was higher among females than males. Add to that it reached a lack of statistically significant differences in the degree of influence of the negative economic and health for drug abuse due to the variable gender, and this indicates that the degree of seriousness of the economic and health of drug use has come close to both males and females.

The study recommended activating the role of the organs concerned treatment of drug abuse and rehabilitation following curricula sophisticated scientific with modern technology, and increase and modernize clinics eligible for treatment in coordination with the concerned bodies, and display the results and facts reached by those devices credibility and transparency, and encourage the introduction of volunteers who possess the conditions of this system